



UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI – UNIVATES
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
CURSO DE *DESIGN*

***DESIGN* E TECNOLOGIA: CRIAÇÃO DE FERRAMENTA DE
CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE DEPRESSÃO**

Marina Pavan

Lajeado, novembro de 2017

Marina Pavan

***DESIGN* E TECNOLOGIA: CRIAÇÃO DE FERRAMENTA DE
CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE DEPRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências
Humanas e Sociais da Universidade do
Vale do Taquari - Univates, como parte da
exigência para a obtenção do título de
Bacharel em *Design*.

Orientadora: Profa. Ma. Silvia Trein
Heimfarth Dapper

Lajeado, novembro de 2017

Marina Pavan

***DESIGN E TECNOLOGIA: CRIAÇÃO DE FERRAMENTA DE
CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE DEPRESSÃO***

A banca examinadora abaixo aprova a Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Graduação em *Design* da Universidade do Vale do Taquari - Univates, como parte da exigência para obtenção do grau de Bacharel em *Design*:

Profa. Ma. Silvia Trein Heimfarth Dapper -
Orientadora
Universidade do Vale do Taquari - Univates

Profa. Ma. Raquel Barcelos de Souza
Universidade do Vale do Taquari - Univates

Prof. Me. Rodrigo de Azambuja Brod
Universidade do Vale do Taquari - Univates

Lajeado, 27 de novembro de 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família e ao meu namorado pelo apoio e paciência durante o desenvolvimento deste trabalho, e ao amor e incentivo incondicionais que sempre me forneceram para que eu pudesse alcançar muitos sonhos, inclusive a conclusão da graduação. Aos meus professores, os quais admiro e agradeço por todos os ensinamentos, em especial à minha orientadora, pela dedicação, apoio e contribuição para o desenvolvimento deste trabalho, e aos professores que compuseram a banca de avaliação e colaboraram com recomendações para este estudo. Aos amigos que me deram apoio e se dispuseram a contribuir mesmo quando também estavam com muitos trabalhos para fazer. A todos que se prontificaram a participar das pesquisas e ajudaram na constituição dos resultados deste trabalho. Muito obrigada.

RESUMO

A depressão é uma doença grave que atinge cada vez mais pessoas no mundo, porém cerca de metade delas não busca tratamento que, na maioria dos casos, possibilita a cura. Um dos principais fatores para que estas pessoas deixem de procurar ajuda é o estigma social ligado à depressão que acaba por excluir o doente. Nesse contexto, e entendendo o *design* como uma ferramenta interdisciplinar que propõe soluções aos problemas existentes na sociedade, este trabalho tem como objetivo o desenvolvimento de uma ferramenta para a conscientização sobre depressão. Para isso, foi necessário entender a doença, a formação do estigma, a interação social e a possibilidade do *design* e da tecnologia gerarem uma rede de apoio que leva informações sobre a doença para a sociedade. O desenvolvimento do trabalho foi guiado pela metodologia de Garrett (2011), a qual inclui os usuários no processo de *design*. Para conhecer estes usuários, foram realizadas pesquisas a fim de compreender sua visão sobre depressão, *smartphones* e aplicativos móveis. Também foi feita uma análise de similares para verificar a usabilidade e a funcionalidade dos aplicativos. A partir do levantamento de dados, criou-se uma lista de requisitos que guiou o desdobramento da etapa criativa do trabalho, onde se utilizou a técnica de *moodboard* para aprofundamento das expectativas dos usuários e geração de inspiração para o desenvolvimento do *design* visual do aplicativo. Também foram criados o diagrama de arquitetura, os *wireframes* e as telas finais de acordo com os requisitos estabelecidos durante o trabalho. Por fim, foi gerado um protótipo e realizados testes de usabilidade e de verificação dos requisitos a fim de validar o desenvolvimento do aplicativo, o qual objetiva unir *design* e tecnologia para promover a criação de redes de apoio e também a conscientização da sociedade, buscando diminuir o estigma ligado à depressão.

Palavras-chave: *Design*. Tecnologia. Depressão. Conscientização.

ABSTRACT

Depression is a serious disease that increasingly affects people in the world, but about half of them do not seek a treatment that, in most cases, makes the cure possible. One of the main factors for these people to stop seeking help is the social stigma attached to depression that ultimately excludes the patient. In this context, and understanding design as an interdisciplinary tool that proposes solutions to existing problems in society, this work aims to develop a tool to raise awareness about depression. For this, it was necessary to understand the disease, the stigma formation, the social interaction and the possibility of design and technology to generate a support network that gives information about the disease to society. The development of the work was guided by the methodology of Garrett (2011), which includes users in the design process. To know these users, surveys were conducted to understand their views on depression, smartphones and mobile applications. A similar analysis was also done to verify the usability and functionality of the applications. From the data collection, a list of requirements was created that guided the unfolding of the creative stage of the work, where the moodboard technique was used to deepen users' expectations and generate inspiration for the development of the visual design of the application. The architecture diagram, wireframes and final screens were also created according to the requirements established during the work. Finally, a prototype was generated and usability and requirements verification tests were performed to validate the development of the application, which aims to unite design and technology to promote the creation of support networks and also the awareness of society, seeking to decrease the stigma attached to depression.

Keywords: Design. Technology. Depression. Awareness.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Página da web <i>Let's Talk About Mental Health</i>	36
Figura 2 – Instagram <i>@letstalkaboutmentalhealth</i>	37
Figura 3 – Pôsteres que representam os sintomas da depressão	38
Figura 4 – Ilustrações sobre doenças mentais	39
Figura 5 – Quadrinhos que representam os sentimentos do artista	40
Figura 6 – Tela inicial do jogo <i>Rainy Day</i>	41
Figura 7 – Cinco planos de Garrett	50
Figura 8 – Elementos da experiência do usuário	52
Figura 9 – Interface do aplicativo ADDS	57
Figura 10 – Fluxograma do aplicativo ADDS	58
Figura 11 – Interface do aplicativo Querida Ansiedade	59
Figura 12 – Fluxograma do aplicativo Querida Ansiedade	60
Figura 13 – Interface do aplicativo Redepsi.co	61
Figura 14 – Fluxograma do aplicativo Redepsi.co	62
Figura 15 – Interface do aplicativo Apponym	63
Figura 16 – Fluxograma do aplicativo Apponym	64
Figura 17 – Interface do aplicativo Cíngulo	65
Figura 18 – Fluxograma do aplicativo Cíngulo	66
Figura 19 – Interface do aplicativo Project Toe	67
Figura 20 – Fluxograma do aplicativo Project Toe	68
Figura 21 – Interface do aplicativo 7 Cups	69
Figura 22 – Fluxograma do aplicativo 7 Cups	70
Figura 23 – Interface do aplicativo MoodTools	71
Figura 24 – Fluxograma do aplicativo MoodTools	72

Figura 25 – Interface do aplicativo SuperBetter	73
Figura 26 – Fluxograma do aplicativo SuperBetter	74
Figura 27 – Interface do aplicativo Pacífica	75
Figura 28 – Fluxograma do aplicativo Pacífica	76
Figura 29 – Respondentes que já foram diagnosticados com depressão	78
Figura 30 – Frases mais ouvidas pelas pessoas com depressão	79
Figura 31 – Obtenção de informações sobre a depressão.....	79
Figura 32 – Horas por dia dedicadas ao uso de <i>smartphone</i>	80
Figura 33 – Aplicativos mais utilizados.....	80
Figura 34 – Fatores determinantes para <i>download</i> de um aplicativo	81
Figura 35 – Psiquiatras e psicólogos entrevistados	81
Figura 36 – Relação entre necessidades do usuário, requisitos e experiência do usuário	88
Figura 37 - Registros fotográficos das atividades.....	91
Figura 38 - Grupo dos <i>designers</i> : painel de respostas sobre depressão	92
Figura 39 - Grupo dos <i>designers</i> : painel de respostas sobre aplicativos de celular ..	93
Figura 40 - Grupo dos possíveis usuários: painel de respostas sobre depressão	94
Figura 41 - Grupo dos possíveis usuários: painel de respostas sobre aplicativos de celular.....	95
Figura 42 - Grupo dos psicólogos: painel de respostas sobre depressão.....	96
Figura 43 - Grupo dos psicólogos: painel de respostas sobre aplicativos de celular	97
Figura 44 - Filtro dos painéis sobre depressão	98
Figura 45 - Filtro dos painéis sobre aplicativos de celular	98
Figura 46 - <i>Moodboard</i> desenvolvido a partir dos painéis.....	99
Figura 47 - Lista de palavras obtidas com a pesquisa sobre superação da depressão	100
Figura 48 - Processo de geração de alternativas de <i>naming</i>	101
Figura 49 - Painel de inspiração de marcas	102
Figura 50 - Geração de alternativas da marca	103
Figura 51 - Refinamento das alternativas da marca.....	103
Figura 52 - Alternativas de fonte para a marca	104
Figura 53 - Apresentação monocromática da melhor alternativa da marca	105
Figura 54 - Geração de alternativas da paleta de cores da marca.....	105
Figura 55 - Paleta de cores da marca e do aplicativo	106

Figura 56 - Marca do aplicativo	106
Figura 57 - Marca do aplicativo com frase de apoio	106
Figura 58 - Diagrama do aplicativo.....	108
Figura 59 - <i>Wireframes</i> desenvolvidos manualmente	109
Figura 60 - <i>Wireframes</i> desenvolvidos em software.....	110
Figura 61 - Dois estilos da família tipográfica Source Sans Pro escolhidos para a interface do aplicativo.....	111
Figura 62 - Ícones utilizados no aplicativo.....	112
Figura 63 - Primeira alternativa de teste de cor na interface do aplicativo	113
Figura 64 - Segunda alternativa de teste de cor na interface do aplicativo	114
Figura 65 - Terceira alternativa de teste de cor na interface do aplicativo	115
Figura 66 - Simulação do ícone do aplicativo Farol no <i>smartphone</i> iPhone 5/5S e tela de início	116
Figura 67 - Telas de <i>login</i> e cadastro	117
Figura 68 – Linha do tempo visualizada pelo usuário e tela de nova publicação	118
Figura 69 - Mensagem recebida pelo usuário quando denuncia alguma publicação	119
Figura 70 - Telas de publicação e compartilhamento	120
Figura 71 - Ferramenta de busca do aplicativo	121
Figura 72 - Perfil bloqueado de usuário com o qual não se tem amizade	122
Figura 73 - Telas de conversas com amigos e conversa aberta	123
Figura 74 - Tela de conversas com profissionais e mensagem automática recebida pelo usuário.....	124
Figura 75 - Telas de favoritos e notificações	125
Figura 76 - Tela de menu e tela para convidar amigos a entrarem no aplicativo	126
Figura 77 - Tela do perfil do usuário onde aparecem suas publicações	127
Figura 78 - Tela do perfil do usuário onde aparece sua lista de amigos e tela de perfil de um amigo.....	128
Figura 79 - Tela do perfil do usuário onde aparecem suas consultas e tela de cadastro de nova consulta	129
Figura 80 - Telas do perfil do usuário onde aparecem suas medalhas e o <i>ranking</i>	130
Figura 81 - Telas dos contatos úteis	131
Figura 82 - Tela dos contatos úteis e tela de configurações	132
Figura 83 - Usuário interagindo com o protótipo desenvolvido	134

Figura 84 - Ajustes nas abas das conversas.....	135
Figura 85 - Ajustes na nomenclatura e abas dos contatos úteis	135
Figura 86 - Ajustes na nomenclatura dos contatos úteis no menu	136

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Problematização	15
1.2	Objetivos gerais.....	19
1.3	Objetivos específicos	19
1.4	Justificativa	19
2	REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	21
2.1	Depressão: uma visão geral	21
2.1.1	Histórico	25
2.2	<i>Design</i> e depressão	34
2.3	A interação social e a comunicação digital	42
2.4	Experiência do usuário, <i>design</i> de interação e usabilidade	44
3	METODOLOGIA.....	49
3.1	Primeira fase	52
3.2	Segunda fase	53
4	LEVANTAMENTO DE DADOS	56
4.1	Análise de similares	56
4.1.1	ADDS	57
4.1.2	Querida Ansiedade	58
4.1.3	Redepsi.co	60
4.1.4	Apponym	62
4.1.5	Cíngulo	64
4.1.6	Project Toe	66
4.1.7	7 Cups.....	68
4.1.8	MoodTools	71
4.1.9	SuperBetter	73
4.1.10	Pacifica	74
4.2	Questionário.....	76
4.3	Entrevista	81
4.4	Discussões.....	84
5	LISTA DE REQUISITOS.....	87
6	ETAPA CRIATIVA.....	90
6.1	<i>Moodboard</i>	90
6.2	Identidade visual.....	99

6.3	<i>Design</i> do aplicativo	107
6.3.1	Diagrama de arquitetura	107
6.3.2	<i>Wireframes</i>	108
6.3.3	<i>Design</i> visual.....	111
6.3.4	Desenvolvimento das telas.....	115
7	VERIFICAÇÃO	133
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
	REFERÊNCIAS.....	142
	APÊNDICES	146

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma parte importante da saúde e bem-estar do ser humano, como descrito na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS): “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2013, p. 7, tradução nossa).

Os distúrbios mentais mais comuns, prevalentes em grande parte da população, são divididos em duas principais categorias de diagnóstico: transtornos de ansiedade e transtornos depressivos. As pessoas que são atingidas por esses transtornos sofrem grande impacto no humor e nos sentimentos, que são diferentes da tristeza, do estresse ou do medo que todas as pessoas sentem de vez em quando e que são normais (WHO, 2014).

A depressão, que é o foco deste trabalho, pode durar meses ou anos e ser recorrente na vida da pessoa, incapacitando-a de levar uma vida normal e, nos casos mais severos, pode levar ao suicídio (WHO, 2014). De acordo com a OMS (2017a), cerca de 50% das pessoas que sofrem da doença não procuram auxílio para superá-la, e um dos motivos para que isso ocorra é o estigma social ainda existente sobre a depressão, que exclui o depressivo, faz com que ele tenha vergonha de buscar ajuda e se sinta um fardo para as outras pessoas, além de privá-lo de oportunidades de trabalho e estudo (MNOOKIN; WBG; WHO, 2016). É importante que a depressão entre, cada vez mais, em discussão nas sociedades, objetivando diminuir o estigma e informar a população sobre a doença.

Entidades como a OMS têm tomado medidas para levar informações sobre a depressão para as pessoas, de modo que elas compreendam a gravidade da doença,

saibam que é possível buscar tratamento e não tenham preconceito com os doentes, facilitando assim que estes falem sobre seus sentimentos e não se sintam excluídos da sociedade. Algumas das iniciativas da OMS são: o *Mental Health Action Plan 2013-2020*, um plano de ação que serve como guia para a melhoria dos serviços de saúde mental ao redor do mundo; o *WHO Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP), que procura ajudar a aumentar os serviços para os transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias, principalmente em países de baixa e média renda; e a campanha *Depression: Let's Talk* (Depressão: Vamos Conversar, em tradução livre) (WHO, 2017b).

A campanha *Depression: Let's Talk*, lançada no dia 10 de outubro de 2016, foi desenvolvida para ser trabalhada durante todo o ano de 2017 e principalmente no dia 7 de abril, que é o Dia Mundial da Saúde e marca a fundação da OMS. O tema escolhido, como o próprio nome já diz, foi a depressão. Com essa mobilização, a OMS tem como objetivos: levar informações para que as pessoas saibam o que é a depressão; conscientizar os doentes a procurarem ajuda; e preparar familiares, amigos e colegas para darem suporte ao depressivo quando necessário (WHO, 2017b).

Para atingir a população mundial, principalmente três grupos mais afetados pela depressão – os adolescentes e jovens adultos, mulheres com idade fértil (ou após o parto), e idosos (mais de 60 anos) – a campanha consiste em compartilhar informações básicas sobre a depressão de várias maneiras: envolvendo os interessados em compartilhar as informações (pode ser qualquer pessoa, governo ou organização) para que façam atividades ou eventos em suas comunidades; disponibilizando pôsteres com artes que mostram duas pessoas conversando em vários ambientes diferentes (trabalho, escola, em casa) com variações culturais e de linguagem; ofertando *flyers* com informações sobre a doença em Árabe, Chinês, Inglês, Francês, Russo e Espanhol para distribuição; e solicitando que as pessoas compartilhem informações e materiais na internet, participando das discussões sobre o tema utilizando as *hashtags*¹ *#LetsTalk*, *#depression* e *#mentalhealth*, pedindo que

¹ Palavra ou frase antecedida do sinal cerquilha (#), usada para classificar e categorizar assuntos nas redes sociais (PRIBERAM, 2013).

sigam a OMS nas redes sociais (Facebook, Twitter, Instagram e Youtube) para acompanhar a divulgação da campanha.

O compartilhamento de informações por meio da internet é uma forma de atingir uma boa parcela da população já que, segundo a União Internacional das Telecomunicações (ITU) (2016), no final de 2016, em torno de 3,5 bilhões de pessoas já usavam a internet no mundo todo, isso representa quase a metade da população mundial, e uma boa parte deste número se deve à expansão das redes móveis. No Brasil, segundo pesquisa realizada em 2015, 102 milhões de usuários têm acesso a internet (PORTAL BRASIL, 2016).

Cada vez mais pessoas estão participando da sociedade da informação, criando, compartilhando e fazendo *upload* de conteúdo, usando mídias sociais e outros aplicativos baseados na internet, e as atividades principais dos usuários de internet são a comunicação e as redes sociais. Porém, essa expansão trouxe um debate quanto ao excesso de tempo gasto *online*, que tem sido associado à depressão, diminuição das habilidades sociais e outras complicações neurológicas (ITU, 2016).

As informações levantadas mostram como o estigma social e a falta de conhecimento sobre a depressão afetam o depressivo de forma negativa, excluindo-o da sociedade e dificultando o seu tratamento. Assim, com o intuito de diminuir cada vez mais o preconceito ligado à depressão, o desenvolvimento deste projeto se deu a partir da utilização do *design* e da tecnologia para a criação de uma ferramenta para levar mais informações sobre a doença para a sociedade.

Para que fosse possível desenvolver essa ferramenta, foi necessário entender a dimensão da depressão no mundo e no Brasil, como sociedade enxerga a doença e é afetada por ela, e quais as consequências desse entendimento para o depressivo. No capítulo 2 deste trabalho, foi feito um levantamento de dados bibliográficos sobre a depressão e seu histórico, mostrando de que forma o estigma ainda é um grande dificultador para a compreensão da depressão pela sociedade. O capítulo também tratou da interação social e como a tecnologia e a internet trouxeram mudanças significativas na comunicação entre as pessoas, além de compreender como o projeto

adequado de uma interface afeta o modo como o usuário interage com ela e a percebe.

A metodologia definida para o desenvolvimento do projeto está descrita no capítulo 3. A estrutura, as pesquisas utilizadas e as etapas que foram aplicadas durante o trabalho estão ali especificadas.

Para compreender a percepção das pessoas quanto à depressão, tanto os que já foram afetados pela doença quanto os não afetados e também os profissionais das áreas da Psicologia e Psiquiatria, e o comportamento dos usuários em relação aos aplicativos de *smartphones*, foram realizadas uma pesquisa e uma entrevista, ambas *online*, que estão descritas no capítulo 4, denominado Levantamento de Dados.

A partir das informações obtidas no levantamento de dados, no capítulo 5 foi desenvolvida uma lista de requisitos de conteúdo e funcionalidade baseada nas necessidades do usuário que serviu como guia para o desenvolvimento da Etapa Criativa, a qual está apresentada no capítulo 6 deste trabalho. A fim de compreender com mais profundidade as expectativas dos usuários e coletar dados para a criação do *moodboard* (painel de referências visuais) do projeto, foi realizada uma pesquisa com três grupos específicos (*designers*, psicólogos e possíveis usuários). Foi criada a identidade visual do aplicativo, a qual abrangeu definição de nome, criação de marca e escolha de cores, e foi desenvolvido o diagrama de arquitetura, os *wireframes*, o *design* visual e as telas finais do aplicativo, a fim de visualizar o *design*, os elementos e as funcionalidades.

No capítulo 7, o qual se denomina Verificação, foram aplicados dois testes para analisar se o aplicativo conseguiu atingir seus objetivos considerando as necessidades relatadas no levantamento de dados e na lista de requisitos. Por fim, no capítulo 8, são colocadas as considerações finais a respeito do conteúdo abordado neste trabalho e sobre os resultados obtidos.

1.1 Problematização

Segundo a OMS (2017a), mais de 300 milhões de pessoas de todas as idades sofrem de depressão, doença que mais causa incapacidade no mundo nesse período

e representa 4,3% da Carga de Doença Global². Muitas vezes, a depressão é confundida com tristeza e mal-estar passageiro, principalmente por pessoas que não têm conhecimento suficiente sobre a mesma. Isso pode levar o doente a sofrer por muito tempo sem procurar ajuda e causar sérios problemas em sua vida e saúde, podendo levar ao suicídio, causa de morte de mais de 800 mil pessoas por ano e a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos.

No Brasil, cerca de 11,5 milhões de pessoas sofrem da doença (5,8% da população), sendo que o país fica em primeiro lugar na prevalência³ da depressão na América Latina e em segundo lugar nas Américas, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (WHO apud G1, 2017).

Quando não é tratada, a depressão pode causar empobrecimento a nível familiar e diminuição do crescimento econômico a nível nacional. Existe uma perda de produção econômica, causada pela diminuição de produtividade e participação no trabalho, perda de receitas fiscais e aumento dos pagamentos de assistência social. A projeção do custo global dessa produção perdida equivale a mais de 10 bilhões de dólares por dia, em torno de 1 trilhão de dólares por ano (MNOOKIN; WBG; WHO, 2016).

Além disso, a depressão está ligada aos maus hábitos como má alimentação e sedentarismo, o que pode acabar contribuindo para o desenvolvimento de câncer, doença cardiovascular, obesidade, diabetes, entre outras doenças. As pessoas com depressão também têm mais chance de abusar de álcool e drogas, levando a comportamentos sexuais de risco que podem aumentar infecções como HIV e outras lesões (MNOOKIN; WBG; WHO, 2016).

Sabe-se que mais da metade das pessoas afetadas no mundo todo não recebem o tratamento adequado para a depressão devido a barreiras como a falta de recursos, a escassez de profissionais treinados para lidar com a doença, o diagnóstico incorreto e um grande estigma social ligado aos transtornos mentais (WHO, 2017a).

² O Estudo de Carga de Doença Global (GBD) quantifica a perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco por idade, sexo e geografia em períodos de tempo específicos (IHME, 2013).

³ Prevalência de uma doença mostra quantas pessoas estão doentes num determinado lugar numa dada época (CESAR et al., 2000).

Esse preconceito em relação aos doentes mentais foi carregado pela sociedade desde os primórdios da civilização, quando as pessoas acreditavam que os deuses e os seres mitológicos causavam esses transtornos, e depois com o conceito religioso de que a pessoa melancólica estava sob efeito do demônio. Em vários momentos da história, os pensamentos científico e filosófico tentaram desmistificar essas ideias, procurando mostrar as causas da melancolia – depois denominada depressão – ligadas ao corpo e cérebro, porém a visão que prevaleceu na população leiga foi àquela distorcida, que marca o doente mental como um problema para a sociedade, alguém que deve ser marginalizado, esquecido (QUEVEDO; SILVA, 2013; SOLOMON, 2014).

De acordo com Mnookin et al. (2016), por causa do estigma associado a transtornos mentais, o doente pode acabar se isolando da sociedade, ter baixa autoestima, poucas oportunidades de emprego, educação e moradia limitadas, e ter medo ou vergonha de procurar ajuda. O preconceito também leva investidores a relutarem em investir recursos na saúde mental, e resulta na discriminação entre médicos, com consequências ruins sobre a qualidade dos serviços de saúde mental prestados. Por isso, é importante a conscientização sobre a doença e o fim do estigma no enfrentamento de transtornos mentais.

As pessoas que têm mais possibilidades de ajudar o depressivo a perceber que está doente e que precisa buscar ajuda são a família, companheiro(a), amigos e conhecidos. Se estas pessoas tiverem preconceito sobre as doenças mentais e evitarem falar sobre esse assunto, estarão negligenciando doenças muito graves e que podem ter consequências não só para o depressivo, mas também para elas mesmas. A depressão afasta o doente do convívio social, causa problemas nos relacionamentos e, no pior cenário, levará a pessoa a cometer suicídio (ABRATA, 2011; ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002a).

Para que possam auxiliar o depressivo, essas pessoas precisam estar informadas sobre a depressão, precisam compreender que a pessoa querida não escolheu ter a doença e nem consegue escolher sair dela, devem conseguir perceber os sintomas da doença, saber como reagir às ações da pessoa doente, saber como conversar com ela e convencê-la de que a melhor opção é procurar ajuda profissional, além de ser capaz de conscientizar as outras pessoas próximas sobre a depressão, e

assim criar um círculo de apoio para a pessoa que está passando por um momento difícil na vida, facilitando seu tratamento e melhora (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002a).

De acordo com entrevista realizada em 2016 com o então presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Antônio Geraldo da Silva, quando questionado sobre a importância do apoio de familiares e amigos no tratamento da depressão, o psiquiatra afirma que

A família e os amigos formam uma rede de apoio e têm papel muito importante. Quando o paciente enfrenta o preconceito, o tratamento se torna mais difícil. A família deve se comprometer e acompanhar o tratamento, principalmente quando o paciente expressa vontade de morrer. O suicídio é uma causa de morte passível de prevenção, quando a depressão é tratada adequadamente (MONTEIRO, 2016).

Porém, familiares, companheiros, amigos e conhecidos de alguém que sofre de depressão também precisam cuidar de si mesmos, pois estar presente para auxiliar o depressivo pode ser difícil e exigir muito dessas pessoas, podendo, inclusive, desencadear a depressão nas mesmas. É importante que elas também tenham apoio, e possam procurá-lo junto a um psicoterapeuta ou grupo de apoio para pessoas que tenham situações semelhantes na família, por exemplo. Também não devem deixar suas vidas ou rotinas de lado para dar apoio ao depressivo, podendo solicitar que outras pessoas possam estar presentes em seus lugares de vez em quando (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002a).

Por meio desses dados, é possível afirmar que a depressão ainda precisa ser discutida pelas sociedades para que a estigmatização aos poucos seja substituída por informações coerentes sobre a doença. Mas, para isso acontecer, é necessário que as pessoas sejam conscientizadas sobre a importância de se compreender uma doença que é grave e pode prejudicar muito a vida do depressivo e também afetar seus familiares, companheiros, amigos e conhecidos. Unindo essa conscientização à internet e ao *smartphone*, é possível atingir um grande número de pessoas por meio do compartilhamento de informações, inclusive os próprios depressivos, que têm tendência a passar mais tempo *online*. Assim, questiona-se: como o *design* pode auxiliar na conscientização sobre depressão integrado à interface digital?

1.2 Objetivos gerais

Desenvolver, por meio do *design*, uma ferramenta que auxilie na conscientização sobre depressão.

1.3 Objetivos específicos

- a) Adquirir conhecimentos e estatísticas quanto a depressão no mundo e no Brasil, historicamente e na atualidade;
- b) Entender qual é a visão da sociedade sobre a depressão e o impacto da mesma nas pessoas afetadas;
- c) Relatar como a depressão já foi abordada em projetos de *design*;
- d) Compreender como acontecem a interação social e a comunicação na era digital;
- e) Pesquisar a importância da experiência do usuário, do *design* de interação e da usabilidade no desenvolvimento de interfaces digitais;
- f) Desenvolver uma solução de *design* em interface digital, baseado nos requisitos e necessidades dos usuários, para a conscientização sobre a depressão.

1.4 Justificativa

Para que uma pessoa com depressão possa atingir um alto nível de saúde e participar plenamente na sociedade e no trabalho é necessário promover e valorizar a saúde mental, prevenindo o desenvolvimento dos transtornos mentais, permitindo que o depressivo possa exercer seus direitos, tendo acesso a saúde e assistência social de alta qualidade, de forma a promover sua recuperação, livre da discriminação (WHO, 2013).

Uma das maneiras de combater essa estigmatização é levar o conhecimento sobre a depressão para o maior número de pessoas possível, para que as mesmas,

sendo afetadas direta ou indiretamente pela depressão, possam criar uma rede de compartilhamento de informações sobre a doença, gerando discussões sobre esse tema tão importante que atualmente é evitado por parte da sociedade.

A internet é vista como uma ferramenta importante nesse contexto, pois mudou a forma como as pessoas obtêm e compartilham informação com o resto do mundo. Essa comunicação é inerente à natureza social do ser humano, e as aplicações, serviços e tecnologias baseadas na *web* permitem que isso ocorra de forma ampla e diversificada (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013).

A natureza interdisciplinar do *design*, por sua vez, permite que as diferentes áreas do conhecimento possam ser trabalhadas em conjunto, levando em conta tanto as exigências técnicas quanto as necessidades dos usuários para a criação e o desenvolvimento de projetos (FONTOURA, 2011). Assim, é possível trabalhar as informações sobre a depressão dentro da área do *design* digital de forma a levar a conscientização aos usuários da interface a ser projetada, buscando ressignificar a depressão junto à sociedade para que a estigmatização da doença diminua cada vez mais.

Essa interdisciplinaridade vai de encontro ao pensamento de Cardoso (2012, p. 237), o qual afirma que “o *design* é um campo essencialmente híbrido que opera a junção entre corpo e informação, entre artefato, usuário e sistema” e reforça a ideia de que os assuntos envolvidos nesta pesquisa podem ser trabalhados sob a perspectiva do *design* para encontrar uma solução que pode auxiliar a difundir o conceito de depressão na sociedade e melhorar a vida dos que ainda sofrem com a doença e com o estigma.

2 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Os conceitos apresentados neste capítulo foram importantes para o desenvolvimento deste trabalho, entre eles: uma visão abrangente da depressão, suas conexões com o *design*, interação social na era digital, informações sobre interação e usabilidade nas interfaces digitais.

2.1 Depressão: uma visão geral

Segundo a Associação Médica Americana (2002a), o ser humano possui diferentes tipos de humor que são distintos, mas misturam-se. Existem a depressão profunda, a branda, a tristeza, os humores cotidianos, a mania branda e a mania (euforia e problemas comportamentais). É comum reagir a diferentes situações com sentimentos, porém quando os mesmos se tornam extremos, são considerados distúrbios de humor.

A depressão é um distúrbio mental do humor que debilita e causa desânimo devastador na pessoa, interferindo na sua vida pessoal e profissional. Esse sentimento deve ser diferenciado da tristeza que todas as pessoas sentem e que desaparece depois de algum tempo sem precisar de tratamento. Pessoas tristes conseguem levar uma vida normal, porém pessoas depressivas muitas vezes não conseguem agir e pensar (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002a). Além disso, a depressão pode ser duradoura ou recorrente e, no seu estado mais severo, pode levar ao suicídio (WHO, 2017c).

Os transtornos depressivos incluem duas subcategorias principais: o Episódio Depressivo Maior, que pode ser categorizado como leve, moderado ou grave,

dependendo do número e gravidade dos sintomas; e a Distímia, distúrbio distímico ou neurose depressiva, que é uma forma persistente ou crônica de depressão leve cujos sintomas são parecidos com os do Episódio Depressivo Maior, mas tendem a ser menos intensos e duram mais tempo. Também existe uma diferença da depressão em pessoas com ou sem histórico de episódios maníacos. O Transtorno Bipolar, depressão maníaca ou doença maníaco-depressiva, consiste em episódios maníacos e depressivos separados por períodos de humor normal. Episódios maníacos ocorrem quando o humor é elevado e há um aumento de energia, resultando em excesso de atividade, fala acelerada e diminuição da necessidade de sono (WHO, 2017c). O tema foco deste trabalho é a depressão, por isso não se dará ênfase ao Transtorno Bipolar, já que este possui várias características diferentes da depressão.

Segundo os critérios diagnósticos da Associação Médica Americana (2002b), a depressão, ou Episódio Depressivo Maior, é caracterizada pelo humor deprimido, falta de interesse ou prazer por quase todas as atividades e irritação (no caso de crianças ou adolescentes), que persistam por um período igual ou maior do que duas semanas, e o indivíduo pode ainda ter pelo menos quatro dos seguintes sintomas: alterações no apetite, peso, sono ou atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimento de desvalia ou culpa; dificuldade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamento sobre morte ou suicídio ou tentativas de realizá-lo; que devem estar presentes na maior parte do dia, afetando o funcionamento social e profissional do doente.

De modo geral, todos os tipos de pessoas correm o risco de ter depressão. Causas biológicas, psicológicas e ambientais, entrelaçadas de modo complexo entre si, causam a doença. Todos passam por eventos estressantes, que se forem suficientemente graves e em grande número, podem desencadear a depressão. Também pode-se ter indisposições físicas que deem origem à depressão no futuro. A doença é crônica e cerca de 50% a 80% das pessoas que já receberam tratamento para depressão irão desenvolver outros episódios ao longo da vida. Em relação ao diagnóstico da doença, existem vários fatores que podem determinar uma maior incidência da depressão em certos grupos de pessoas (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002a).

A genética influencia no desenvolvimento da depressão, principalmente porque é a doença é parcialmente hereditária (algumas famílias têm mais tendência a desenvolvê-la). Se uma pessoa teve depressão, membros da sua família, como pais e irmãos, apresentam probabilidade duas a três vezes maior de desenvolver a doença. Parentes próximos têm 1,5% a 2,5% mais chance de ter depressão em relação a outras pessoas. Essas estatísticas mostram que a depressão é transmitida entre as gerações (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002a).

No fator determinado pelo sexo da pessoa, estatísticas mostram que, no mundo todo, as mulheres (5,1%) são mais afetadas pela depressão do que os homens (3,6%) (WHO, 2017c). Não se sabe ao certo o motivo para tanta diferença, porém existem teorias para este acontecimento: as mulheres sofrem mais de estresse do que os homens; enfrentam papéis conflitantes no trabalho e em casa; são encorajadas a agradarem os outros ao invés de si mesmas quando crianças; podem não ter maior tendência a ter a doença, mas apenas têm maior chance de procurar tratamento do que os homens; são mais vulneráveis devido aos hormônios que modificam-se no ciclo menstrual, na gravidez e na menopausa, momentos que podem ser marcados pela depressão (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002).

De acordo com a Associação Médica Americana (2002a), o fator idade mostra que existem determinados estágios da vida onde a probabilidade de ter uma doença depressiva é maior. Na adolescência ou no início dos vinte anos é mais provável de se ter o primeiro episódio de mania. A depressão também surge nos adultos pela primeira vez e em cerca de metade dos deprimidos ela ocorre entre os vinte e cinquenta anos. As pessoas mais velhas, por sua vez, têm mais chance de ter a doença, sendo as que vivem em asilos ainda mais suscetíveis. De acordo com estimativas, 15% das pessoas com mais de 65 anos apresentam sintomas, que podem ser interpretados incorretamente ou causados por problemas físicos (ABREU et al., 2007).

Algumas características de personalidade também podem fazer uma pessoa suscetível à depressão. Se a pessoa se critica muito, é pessimista, depende demais dos outros, ou é muito reservada, pode ter mais chance de ter a doença. Essas características sozinhas não causam depressão, porém se aliadas aos outros fatores

citados, fazem a pessoa correr mais riscos (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002a).

Os antecedentes étnicos podem interferir nas chances de receber diagnóstico e tratamento adequados, porque médicos possuem menor probabilidade de reconhecer distúrbios do humor em pessoas de grupo étnico diferente do deles, já que a forma como a pessoa comunica aos sintomas depressivos pode variar dependendo da cultura, sendo que algumas pessoas podem se queixar de dores no corpo, outras de nervosismo ou ainda cansaço (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002b).

Existem alguns tipos de tratamento para a depressão, que podem ou não funcionar para algumas pessoas. Estes são: tratamentos psicológicos, como ativação comportamental, terapia cognitivo-comportamental (TCC) e psicoterapia interpessoal (TIP); medicamentos antidepressivos, como inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e antidepressivos tricíclicos (ADT). Os antidepressivos devem ser utilizados com cautela porque causam reações adversas, só devem ser usados em adolescentes ou em casos de depressão leve com cuidado e não devem ser usados em crianças (WHO, 2017a).

Acima dos tratamentos, a depressão deve ser prevenida. Alguns programas de prevenção podem surtir efeito, incluindo programas escolares que desenvolvem pensamentos positivos em crianças e adolescentes. Intervenções para pais com sintomas depressivos que têm crianças com problemas comportamentais podem melhorar os resultados dos filhos. Exercícios físicos para os idosos também podem ser eficazes (WHO, 2017a). Porém, a intervenção que poderá gerar um melhor resultado para o depressivo é o incentivo de melhoria com autocuidado (exercícios, dieta balanceada, sono etc.) e apoio da família e das redes de auxílio (MNOOKIN; WBG; WHO, 2016). Por isso, uma mudança no reconhecimento da depressão como problema legítimo de saúde, e não como fracasso individual, é imprescindível, já que o verdadeiro conhecimento sobre a doença é a única forma de fazer com que amigos, familiares e companheiros dos depressivos entendam a gravidade da depressão e estejam dispostos a auxiliar o doente a procurar ajuda especializada.

2.1.1 Histórico

O termo depressão foi usado pela primeira vez em 1680 para caracterizar um estado de desânimo e perda de interesse, e em 1750 foi adicionado ao dicionário por Samuel Johnson⁴. Esse conceito começou a surgir quando as crenças que fundamentavam o entendimento das doenças mentais entraram em declínio. A origem do conceito, contudo, pode ser percebida a partir de menções sobre alterações de humor ao longo da história e, principalmente, sobre o estado da melancolia (QUEVEDO; SILVA, 2013).

De acordo com os autores, estados de alteração do humor já eram descritos na mitologia e nas escrituras bíblicas. As doenças físicas e mentais eram compreendidas pelo homem por meio de narrativas míticas e religiosas, sendo uma entidade divina considerada a causa dos males. Após as contribuições de Sócrates para a passagem da narrativa mítica ao discurso racional, o entendimento da doença passou do âmbito divino para a natureza, surgindo a forma científica de pensar.

Segundo Quevedo e Silva (2013) e Solomon (2014), para os gregos no mundo antigo, as doenças eram um desequilíbrio entre quatro fluidos: bile amarela, fleuma, sangue e bile negra; e a regulação das emoções e formação de caráter eram explicadas no modelo dos quatro humores: colérico, fleumático, sanguíneo e melancólico. Utilizando-se desses conceitos, Hipócrates fez a primeira classificação nosológica⁵ dos transtornos mentais: descreveu e nomeou a melancolia, a mania e a paranoia. A etimologia do termo melancolia vem do grego *melan* – negro e *cholis* – bile, visão de Hipócrates para o qual a doença era uma intoxicação do cérebro causada pela bile negra, resultando em um quadro clínico de tristeza, ansiedade, depressão moral, tendência ao suicídio, aversão à comida, falta de ânimo, inquietações, irritabilidade e medo que perdurava por um longo período de tempo.

Aristóteles, por sua vez, propôs que enquanto o excesso de bile negra causava doença mental, uma quantidade menor do fluido ou um desequilíbrio menos acentuado causava um temperamento melancólico, e que uma certa quantidade de

⁴ Samuel Johnson foi um escritor e crítico inglês, figura literária famosa do século XVIII. Seu trabalho mais conhecido é o *Dicionário da Língua Inglesa* (BBC, [s.d.]).

⁵ Nosologia: parte da Medicina que descreve, estuda e classifica as doenças (PRIBERAM, 2013).

bile negra era necessária ao gênio (QUEVEDO; SILVA, 2013; SOLOMON, 2014), mostrando um lado menos negativo da depressão.

Durante 1500 anos após a definição do conceito de bile negra, surgiram várias teorias sobre sua localização, temperatura e outros detalhes, porém hoje sabe-se que o fluido não existe no corpo. Vários eruditos da época sugeriram que associar escuridão com negatividade ou dor é um mecanismo humano e que a depressão tem sido representada em várias culturas em negro (SOLOMON, 2014).

No século II d.C. ocorreu a ascensão do Império Romano e consequente submissão das cidades gregas. Porém, as ideias hipocráticas continuavam orientando os médicos da época, inclusive Cláudio Galeno, que tentou sintetizar neurológica e psicologicamente o trabalho de seus antecessores. Utilizando-se da teoria dos quatro humores e mesclando-a com noções sobre temperatura e umidade, formulou a ideia dos nove temperamentos, cada um sendo um tipo de alma. Um dos temperamentos era dominado pela melancolia, não como patologia⁶, mas como parte do eu, onde a pessoa era ansiosa, deprimida e angustiada por natureza, podendo o médico fazer pouco para ajudar. A melancolia, causada por lesão no cérebro ou fatores externos que afetavam um cérebro saudável, ocorria quando a bile negra secava o cérebro e danificava o eu (QUEVEDO; SILVA, 2013; SOLOMON, 2014).

Com a queda do Império Romano do Ocidente no século V d.C., ocorreu o fim da Antiguidade e início da Idade Média. As contribuições greco-romanas para a medicina e ciência, incluindo os pensamentos de Galeno, maior autoridade médica da época, começaram a ser deixadas de lado, pois estavam em desacordo com as ideias da Igreja, que acreditava em uma entidade divina sempre presente e no modelo maniqueísta⁷, que colocava os doentes mentais na demonologia. Santo Agostinho, na época, afirmou que o que separava o homem do animal era a razão, portanto a perda da razão reduzia o homem a um animal, induzindo as pessoas pensarem que o doente mental estava sofrendo uma punição divina pelos seus pecados. A depressão profunda era vista como prova da possessão demoníaca, e quando não conseguiam exorcizar o demônio, a própria pessoa deveria sumir. Os clérigos encontraram na

⁶ Patologia: desvio em relação ao que é considerado normal do ponto de vista fisiológico e anatômico e que constitui ou caracteriza uma doença (PRIBERAM, 2013).

⁷ Maniqueísmo: concepção da realidade através de dois princípios opostos (PRIBERAM, 2013), conflito entre o reino da luz (o Bem) e o das sombras (o Mal).

Bíblia apoio para essa ideia: Judas havia se suicidado e, seguindo o raciocínio, era melancólico, portanto todos os melancólicos deveriam ser como Judas. Assim começou a construção do estigma que permeia as doenças mentais até hoje (QUEVEDO; SILVA, 2013; SOLOMON, 2014).

Na época da Inquisição (século XIII), a Igreja incluiu o termo *acídia* nos pecados capitais, sendo a pessoa acometida por ela sujeita à penitência. *Acídia*, palavra grega que significa “estado de descuido”, caracterizava estados de apatia, preguiça, intolerância, negligência e enfraquecimento, tornando-se um termo medieval para melancolia. A teoria de Tomás de Aquino colocava a alma acima do corpo, portanto a alma não podia ser sujeita a doenças corporais. Porém, ela estava abaixo do divino, sujeita à intervenção de Deus ou Satã. Seguindo essa ideia, uma doença ou era do corpo ou da alma, e a melancolia era da alma. Para a Igreja, o homem precisava da razão para escolher a virtude. Sem a razão, ele não teria controle para fazer a escolha. Essa tradição fez crescer ainda mais o preconceito relacionado às doenças mentais. A alma, como dom divino, era perfeita, e as pessoas deveriam mantê-la assim. Suas imperfeições seriam uma vergonha na sociedade moderna. O homem tenta suprimir as falhas da alma e como a depressão está ligada a elas, parece detestável (QUEVEDO; SILVA, 2013; SOLOMON, 2014).

A Idade Moderna chegou com o Renascimento, movimento social, cultural e intelectual com base na filosofia humanista que glamorizou a depressão. A doença mental começou a ser compreendida a partir de perspectivas biológicas, filosóficas e psicológicas. Uma das maiores contribuições para os estudos da época foi a do italiano Marsílio Ficino, escritor e filósofo, que retomou a ideia aristotélica e acreditava que a melancolia estava em todos os homens e significava o anseio pelo grande, afirmando que artistas, filósofos e pensadores precisavam estar mais perto de sua melancolia para ter sucesso em elevar a mente de distrações da vida comum (QUEVEDO; SILVA, 2013; SOLOMON, 2014).

O Renascimento inglês, contudo, continuava com uma visão parcialmente medieval da melancolia, acreditando que ela vinha de entidades do mal, mas aceitando que a pessoa possuída não tinha culpa do que havia lhe acontecido. Alguns pensadores também acreditavam que havia uma relação entre melancolia e bruxaria. Johannes Wier, médico da corte holandesa, defendia que bruxas eram senhoras

doentes da cabeça e, com isso, salvou muitas delas da execução, mostrando que suas vítimas eram delirantes e, portanto, as acusações que faziam sobre as bruxas também eram delírios. Aos poucos, o racionalismo foi superando a superstição medieval (SOLOMON, 2014).

No fim do século XVI e durante o século XVII a melancolia tornou-se comum, uma aflição que podia ser prazerosa ou desprazerosa. Pensadores da época escreviam que a melancolia tornava um homem melhor e mais inspirado, então ela entrou na moda. Todas as pessoas que se consideravam gênios esperavam ser melancólicas, sendo que os verdadeiros gênios sofriam enquanto os que queriam ser gênios fingiam sofrimento. Homens de alto poder econômico viajavam até a Itália, conheciam as ideias de Ficino e voltavam para a Inglaterra acreditando ser melancólicos, e então a melancolia se tornou uma doença da aristocracia (SOLOMON, 2014).

Shakespeare abordou a melancolia em suas obras, principalmente no personagem Hamlet, e mudou a forma como o tema é compreendido, mostrando que a doença está intrínseca no eu e não é possível separá-la do mesmo. Ele discutiu sobre a doença com empatia e complexidade, mostrando que é essencial para a sabedoria e básica para a loucura (SOLOMON, 2014).

Robert Burton, outro pensador deste período, escreveu o livro *A anatomia da melancolia*, buscando sintetizar e conciliar as ideias de Aristóteles, Ficino, Shakespeare, Galeno, Hipócrates e da Igreja medieval e renascentista. Discorreu sobre a diferença entre melancolia e loucura, hoje denominada mania; apontou que um paciente poderia ter os quadros em momentos diferentes, o que hoje seria o transtorno bipolar; diferenciou a melancolia positiva, fonte de sabedoria, do estado melancólico, doença crônica, mostrando que todas as pessoas poderiam ter melancolia e que nem todos estariam melancólicos; e afirmou que a melancolia seria tanto uma doença do corpo quanto da alma, causada pela falha da imaginação. Ele também falou sobre suicídio, na época proibido por lei e pela Igreja. Caso um homem se matasse, todas as coisas que possuía seriam tiradas de sua família. Burton compreendeu a aflição aguda e intolerável que fazia com que a pessoa acabe por tirar a própria vida. Assim, acabou colocando a melancolia e o suicídio juntos em um tópico

de discussão, algo nunca feito antes. Algumas de suas contribuições ainda são relevantes na psiquiatria atual (QUEVEDO; SILVA, 2013; SOLOMON, 2014).

René Descartes transformou a medicina no final do século XVII do ponto de vista filosófico. Para ele, a mente estava separada do corpo, mas podia afetá-lo. A biologia cartesiana deixou um legado que afeta os deprimidos até hoje quando colocou em discussão o que é corpo e o que é alma, se a melancolia é “um desequilíbrio químico” ou “uma fraqueza humana” (SOLOMON, 2014).

O século XVIII marcou o início do Iluminismo e ascensão do racionalismo. Nesse período, ideias abstratas e dedutivas começaram a ser substituídas por fundamentos empíricos (baseados em observação e experiências). Herman Boerhaave, cientista e médico holandês, apresentou o modelo iatromecânico⁸, segundo o qual as funções corporais podiam ser explicadas por meio de uma teoria hidráulica, como uma máquina viva. Ele acreditava que o cérebro era uma glândula e seus líquidos nervosos percorriam o sangue. Quando havia um problema na circulação do sangue, poderia ocorrer melancolia. Essas ideias, corroboradas por outros pensadores, começaram a desumanizar o humano. Outro estudioso da área, Friedrich Hoffman sugeriu o que se tornaria a teoria genética quando disse que a loucura era uma doença hereditária (QUEVEDO; SILVA, 2013; SOLOMON, 2014).

Apesar dos rápidos avanços nos estudos do corpo e da mente neste período, a posição social dos deprimidos estava retrocedendo, já que se situavam na Idade da Razão e deveriam ter controle sobre suas emoções na medida em que conheciam a si mesmos. Assim, os melancólicos passaram de demoníacos para autoindulgentes, como se estivessem recusando a autodisciplina disponível. Os pacientes eram tratados como espécimes de laboratório ou então como animais selvagens, punidos e levados para terríveis hospitais que podiam mesmo levar o homem à loucura. Os doentes mentais não tinham direitos e lugar na sociedade, e os delirantes e melancólicos eram socialmente restritos (SOLOMON, 2014).

A depressão no final do século XVIII foi atribuída à decadência da sociedade e o que fora considerado sofisticação era agora sinal de fraqueza. A ideia de que a

⁸ Iatromecânica: sistema médico (do grego *iatrós*) que refere todas as forças vitais a ações mecânicas (PRIBERAM, 2013).

depressão não passa de uma visão sombria que as pessoas têm quando estão com o corpo relaxado e que a solução para isso seria trabalho duro, vem dessa época. Enquanto isso, nas colônias da América do Norte, a visão religiosa da melancolia ainda prevalecia, onde culpavam demônios e as paixões exageradas pelo desenvolvimento da melancolia, uma noção puritana que se instalou na imaginação dos norte-americanos (SOLOMON, 2014).

No final do século XVIII e início do século XIX o Romantismo começava a surgir e a razão aos poucos era deixada de lado na Europa. Novamente, a melancolia era vista como fonte de conhecimento e era amada pelos pensadores. Para Georg Hegel, filósofo alemão, a felicidade não era um estado natural que as pessoas poderiam procurar, a verdade era a aflição em que todos se encontravam, e quem se rendesse a ela estava perdido. Søren Kierkegaard, filósofo dinamarquês, por sua vez, via a humanidade como melancólica, e não somente um indivíduo. Arthur Schopenhauer dizia que o melancólico só vivia porque era seu instinto básico fazê-lo, concordava com Aristóteles que apenas um gênio conseguiria reconhecer a sua infelicidade, e acreditava no trabalho como ferramenta para distrair a mente. Por outro lado, Philippe Pinel, médico francês, publicou um tratado onde defendeu o tratamento dos doentes mentais. Para ele, a anatomia e patologia do cérebro ainda não haviam sido suficientemente exploradas, e esse caminho traria alguma evolução para o campo. Vários estudiosos da época também se dedicaram a debater os parâmetros da melancolia e redefini-la, criando categorias e subcategorias. Uma das maiores conquistas do século foi a criação de asilos para o cuidado dos doentes mentais, onde começou-se a ter maior controle sobre os melancólicos e os efeitos da doença (SOLOMON, 2014).

Wilhelm Griesinger, neurologista e psiquiatra alemão, foi o primeiro a declarar que as doenças mentais seriam doenças do cérebro e insistiu que elas deveriam ser tratadas e poderiam até ser curadas em alguns casos. Para ele, uma doença mental poderia transitar para outra, o que seria o conceito de diagnóstico duplo, princípio que desencadeou a aceitação da doença maníaco-depressiva e a aceitação de que pacientes podiam ter uma só doença ao invés de duas que se alternavam. Por causa de seu trabalho, muitos asilos começaram a classificar seus pacientes entre curáveis e tratáveis e, assim, melhoraram um pouco a vida dos deprimidos (SOLOMON, 2014).

No século XX, Sigmund Freud, médico neurologista austríaco criador da psicanálise, e Emil Kraepelin, psiquiatra alemão, influenciaram uma divisão nos estudos sobre saúde mental. Freud falava sobre psicanálise, baseado nos fundamentos psicológicos, e definiu o inconsciente, substituindo a noção de alma e estabelecendo nova causa e lugar para a melancolia. Já Kraepelin discorria sobre psicobiologia, baseada em fundamentos neurobiológicos, e classificou as doenças mentais, definindo a depressão como é conhecida hoje (QUEVEDO; SILVA, 2013; SOLOMON, 2014).

Neste mesmo período, Adolf Meyer, psiquiatra suíço, criticava os posicionamentos de Kraepelin e Freud, pois acreditava que existiam muitos tipos diferentes da doença que não se enquadravam em apenas uma categorização. Também sugeriu o uso do termo depressão ao invés de melancolia para a definição da doença (QUEVEDO; SILVA, 2013).

Em meados do mesmo século, a neurociência da depressão tentava descobrir se os estados de ânimo viajavam pelo cérebro em impulsos elétricos ou químicos, e se havia uma diferença entre depressão endógena (que vinha de dentro) e exógena (que vinha de fora). Os dois tipos de depressão pareciam surgir com a influência de fatos externos e predisposições internas, porém a sociedade preferia afirmar que a depressão era causada por fatores que estavam fora do controle do doente. Os deprimidos dessa época viviam com vergonha de admitir que falharam em suportar eventos que outras pessoas conseguiram aguentar, então muitos afirmavam que tinham depressão endógena, causada por fatores genéticos ou sem qualquer razão externa. Neste contexto, os remédios antidepressivos, que surgiram por volta de 1950, se tornam populares, pois teoricamente tinham função interna e afetavam um mecanismo que o doente não conseguiria controlar conscientemente (SOLOMON, 2014).

As duas Guerras Mundiais fizeram a psiquiatria se tornar popular devido ao tratamento dos soldados com transtornos mentais e as pessoas passaram a se interessar pela saúde mental e consumi-la. A psicofarmacologia acabou se tornando a principal forma de tratamento dos transtornos mentais por descobertas feitas ao acaso, tanto que a década de 1950 é considerada a época de ouro da psicofarmacologia, e a eletroconvulsoterapia (ECT), estímulo elétrico para indução de

convulsão, deixou de ser o único tratamento biológico eficaz disponível, além das psicoterapias como a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Algumas substâncias que foram descobertas para o tratamento da depressão, mas que não se sabia porque funcionavam, foram a iproniazida, um inibidor da enzima monoaminoxidase (IMAO), logo tirada do mercado porque causava icterícia⁹; a isoniazida, nunca muito distribuída; e a imipramina, um antidepressivo tricíclico (ADT) que até hoje é considerado oficial pela OMS (QUEVEDO; SILVA, 2013; SOLOMON, 2014).

As pesquisas mostravam que os IMAOs aumentavam os níveis de monoaminas no sangue, e os neurotransmissores norepinefrina, epinefrina, dopamina e serotonina são monoaminas químicas (têm um único anel de amina em sua estrutura química). Com testes sobre a teoria da recaptação, que dizia que a norepinefrina era liberada, fazia algo na fenda sináptica – espaço entre dois neurônios – e depois era reabsorvida pelo nervo, ficou comprovado que os tricíclicos bloqueavam o mecanismo de recaptação, aumentando a norepinefrina na fenda sináptica. Em 1965, Joseph Schildkraut publicou um artigo onde propôs que a emoção era regulada pela norepinefrina, epinefrina e dopamina (conjunto chamado catecolaminas), então tanto os IMAOS, que impediam o colapso das substâncias, quanto os tricíclicos, que inibiam a recaptação, aumentavam as catecolaminas na fenda sináptica. Essa teoria marcou a divisão entre psicanálise e neurobiologia, pois a teoria da fenda sináptica não poderia ser concomitante com a teoria da sublimação do ego. Hoje sabe-se que, apesar de alguns compostos afetarem as catecolaminas e serem antidepressivos eficazes, nem todos compostos que afetam as catecolaminas têm efeitos antidepressivos (SOLOMON, 2014).

Em seguida, segundo Solomon (2014), surgiu a teoria da serotonina, baseada nos pensamentos de Schildkraut, porém com um neurotransmissor diferente. As teorias do receptor sugerem que, se o receptor não está funcionando direito, o cérebro pode agir como se houvesse um déficit de neurotransmissores, mesmo que o nível deles esteja normalizado e, então, altos níveis de neurotransmissores podem dessensibilizar os receptores. Porém, sabe-se que algumas substâncias que se ligam

⁹ Icterícia: doença caracterizada por certa amarelidão na pele e na membrana externa branca do olho (PRIBERAM, 2013).

aos receptores não são antidepressivas, e alguns antidepressivos não se ligam aos receptores ou afetam os neurotransmissores.

A eficácia dos primeiros antidepressivos fez com que a farmacologia e a psiquiatria buscassem substâncias capazes de agir na neurotransmissão. Em 1974, a indústria farmacêutica patrocinou a pesquisa por uma substância para inibir a recaptação da serotonina, e encontraram a fluoxetina, primeiro inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS), que foi lançado em 1987 como Prozac, que é o antidepressivo mais famoso e mais prescrito no mundo (QUEVEDO; SILVA, 2013; SOLOMON, 2014).

Após os anos 1980, houve um aumento considerável de desenvolvimento na neurociência, facilitado pelas novas tecnologias que permitem avaliar melhor o cérebro humano. Assim, a psiquiatria se aproximou da neurobiologia e foi elevada ao mesmo patamar que outras especialidades médicas. Um maior entendimento da biologia da mente permitiu a conceitualização das doenças mentais, a prática da psiquiatria e um melhor treinamento dos profissionais da área (QUEVEDO; SILVA, 2013).

Com a criação da OMS em 1948, buscou-se fazer uma classificação internacional de doenças, o que ocorreu no início do século XXI, quando a depressão, considerada uma doença mental, foi catalogada na Classificação Internacional de Doenças (CID)¹⁰ e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (VIEIRA, 2005).

Ainda hoje, a depressão é amplamente estudada e tem grande relevância, pois apesar de muito se conhecer sobre seus efeitos, ainda faltam muitas definições sobre as causas exteriores e interiores que levam à doença, e muitas pessoas ainda sofrem com isso. É importante estudar o passado da depressão para que se possa compreender como esse histórico de estigma influenciou a visão que a sociedade tem hoje em relação à doença.

¹⁰ A CID tornou-se o padrão de diagnóstico internacional para todos os objetivos epidemiológicos gerais e de gestão de saúde (WHO, 2016).

2.2 *Design* e depressão

Segundo Fontoura (2011), o *design* propicia a interdisciplinaridade com outras áreas do conhecimento, pois em suas atividades é capaz de envolver saberes de domínios diferentes. Portanto, não é difícil encontrar *designers* envolvidos em áreas que aparentam não ter conexão com seu trabalho. Além disso, de acordo com o metodólogo Gui Bonsiepe (2012), o *design* se preocupa com a prática da vida cotidiana, focando nas características operacionais dos artefatos e buscando interpretar sua funcionalidade e sua função em termos comportamentais dentro da cultura e da sociedade.

O *Design*, a Arte e a Saúde são áreas distintas do conhecimento, porém podem ser interligadas com a intenção de atingirem um objetivo maior de levarem conhecimento para as pessoas, chamando a atenção para a depressão, que ainda é um tabu para a sociedade, mas que precisa ser discutida.

A *designer* Jessica Walsh, sócia do estúdio de *design* Sagmeister & Walsh, localizado em Nova Iorque (EUA), abordou a saúde mental em seu projeto *12 Kinds of Kindness* (12 tipos de bondade, em tradução livre), experimento que tinha como objetivo abrir os olhos da *designer* para a forma egoísta como o ser humano tem vivido e convivido com os outros ao seu redor. Em uma de suas postagens na *web*, cujo objetivo era se perdoar e falar sobre algo do seu passado que lhe trazia vergonha, ela falou sobre os transtornos mentais que teve quando adolescente: anorexia, ansiedade e depressão (WALSH, 2016).

A grande expectativa dos pais quanto ao seu futuro fez com que ela internalizasse a pressão de ser bem-sucedida, tornando-se perfeccionista. No ensino médio, sofreu abuso sexual e sentiu-se culpada e confusa e, apesar de sentir que estava “afundando”, não queria mostrar para as pessoas que não podia lidar com tudo o que estava acontecendo. Também tinha medo de envergonhar sua família se procurasse ajuda, então preferiu “engolir” a dor. A *designer* cita Sigmund Freud para explicar que todo o sofrimento que guardou para si acabou desencadeando os

transtornos mentais: “emoções não expressas nunca morrerão. Elas são enterradas vivas e surgirão mais tarde de maneiras mais feias”¹¹ (WALSH, 2016).

Para Walsh (2016), a anorexia era como uma droga que a fazia acreditar estar no controle de sua vida e a distraía dos outros sofrimentos que ela não queria enfrentar. Na época, a consciência sobre distúrbios alimentares não era muito difundida, e ela e a família ficaram em negação em relação aos seus problemas. Quando encaminhada para consultas médicas, os profissionais, desinformados e confusos em relação à situação de Jessica, prescreviam medicamentos e forçavam-na a comer. Algum tempo depois, ela percebeu que não estava apenas se automutilando, mas também estava prejudicando a sua família. Enquanto seus pais queriam ajudá-la, ela afastava-os e os deixava preocupados e confusos. Com o tempo, ela passou a perder a vontade de viver, e sentia que só existiam duas saídas: a morte ou uma mudança radical.

Sua família, que nunca havia desistido de Jessica, internou-a em uma clínica onde, aos poucos, ela foi se recuperando e compreendendo mais sobre as doenças que a afetavam. Para ela, as terapias em grupo com outras mulheres que também passavam pelos mesmos problemas foram inspiradoras e fizeram com que começasse a sentir empatia e compaixão por si mesma. Na clínica, ela também fazia aulas de arte como terapia, e foi ali que redescobriu sua paixão pelo *Design* e decidiu que seguiria uma carreira nesta área (WALSH, 2016).

A *designer* (WALSH, 2016) comenta que sente vergonha de ter um histórico de anorexia, principalmente porque ela se sente culpada por causar sofrimento para sua família e porque a doença carrega um grande estigma. As falsas premissas sobre a doença nas quais a sociedade acredita são extremamente perigosas, já que a anorexia pode levar uma pessoa a morte. Jessica pede para que as pessoas percebam que anorexia é um assunto sério e afirma que, se a sociedade tivesse mais empatia pelas pessoas que sofrem da doença e acabassem com o preconceito, mais pessoas iriam falar sobre seus problemas e procurar ajuda, e mais pessoas seriam salvas. Ela afirma que decidiu falar desse assunto porque histórias de pessoas que superaram suas dificuldades e doenças inspiraram ela a melhorar e dar uma chance

¹¹ “*Unexpressed emotions will never die. They are buried alive and will come forth later in uglier ways*” [tradução nossa].

à vida, e que ninguém deveria sentir vergonha das diferentes maneiras que o ser humano encontra para lidar com o mundo.

Após expor sua história e dificuldades, a *designer* percebeu que muitas pessoas ao seu redor começaram a contatá-la para falar que também conviviam com doenças mentais, mesmo aqueles que pareciam felizes e eram bem-sucedidos, e isso a inspirou a criar o site *Let's Talk About Mental Health* (Vamos Falar sobre Saúde Mental, em tradução livre), onde são coletados os relatos dessas pessoas (WALSH, 2016).

Figura 1 – Página da web *Let's Talk About Mental Health*

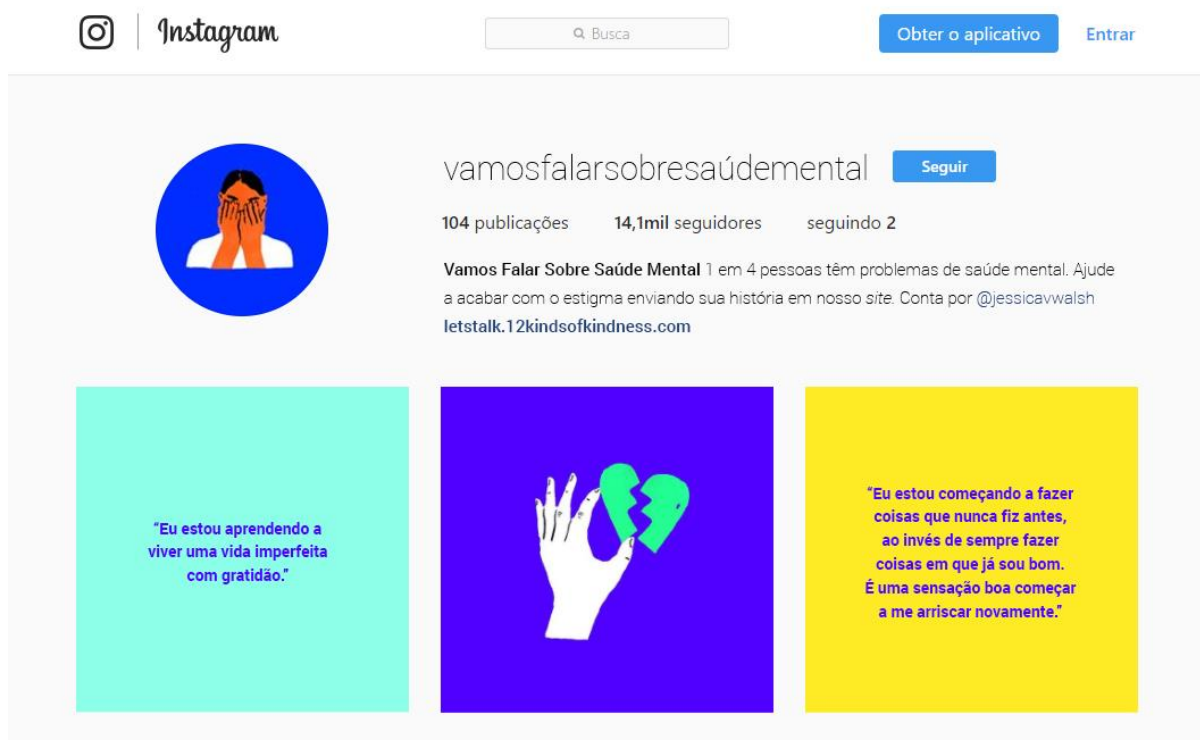


Fonte: Walsh (2016) adaptado pela autora (2017).

Walsh (2016) percebeu que pouco se fala sobre essas doenças por causa do estigma que existe na sociedade, e que muitas pessoas, assim como ela, quase morreram como resultado disso. Essas pessoas sofrem em silêncio até que seja tarde demais. A *designer* conclui declarando que espera que a sua geração possa acabar com o preconceito e a vergonha que cercam os assuntos sobre saúde mental e acredita que se as pessoas forem mais honestas e reais, não se sentirão tão sozinhas

em suas inseguranças e medos, por isso também criou a conta *@letstalkaboutmentalhealth* e na rede social Instagram e a *hashtag* *#letstalkaboutmentalhealth*, como forma de utilizar as mídias sociais para discutir assuntos importantes e compartilhar ideias, além de combater as postagens sem significado e as fachadas irrealistas que têm sido criadas pela sociedade.

Figura 2 – Instagram *@letstalkaboutmentalhealth*



Fonte: Instagram (2017) adaptado pela autora (2017).

Nick Barclay, *designer* gráfico de Sydney, na Austrália, também abordou a depressão em um de seus trabalhos. Sua intenção era de transformar os sinais e sentimentos da depressão em algo visual para que as pessoas pudessem perceber esses sinais em si mesmas ou nos outros (BARCLAY, [s.d.]).

Como resultado, desenvolveu uma série de pôsteres minimalistas utilizando formas geométricas e as cores verde, branco e preto, para representar seis sintomas da depressão: isolamento; afastamento; temor; falta de esperança e de clareza; e confusão (WACOM, 2015).

Figura 3 – Pôsteres que representam os sintomas da depressão



Fonte: Barclay ([s.d.]) adaptado pela autora (2017).

A ilustradora e cartunista britânica Gemma Correll, em parceria com a *Mental Health America*, desenvolveu em maio de 2016 uma série de ilustrações para o mês da conscientização sobre saúde mental. Utilizando seu traço característico, ela representou vários sentimentos de quem vive com uma doença mental. A *hashtag* *#mentalillnessfeelslike* também foi criada para que as pessoas pudessem compartilhar suas histórias nas redes sociais (CORRELL, 2016).

Figura 4 – Ilustrações sobre doenças mentais



Fonte: Correll (2016) adaptado pela autora (2017).

O cartunista Clay Jonathan foi diagnosticado com depressão em 1993, e desde 1997 faz quadrinhos para a web. Seu projeto *Depression Comix* é uma visão pessoal sobre a depressão na tentativa de ilustrar os sentimentos da doença em tirinhas curtas. Um dos objetivos do cartunista é que as pessoas compartilhem seus quadrinhos e gerem discussão sobre o assunto (JONATHAN, 2017).

Figura 5 – Quadrinhos que representam os sentimentos do artista



Fonte: Jonathan (2017) adaptado pela autora (2017).

Caminhando em direção ao *design* interativo, a *designer* de jogos brasileira Thais Weiller desenvolveu e lançou, em 2016, o jogo *Rainy Day*, disponível em inglês e português, para mostrar, por meio de uma narrativa interativa, como a ansiedade e a depressão trazem muitos desafios para a vida de uma pessoa e podem impedi-la de lidar com o cotidiano e ser feliz. O jogo começou como um projeto pessoal da *designer* como forma de lutar contra a sua própria ansiedade, com a intenção de que quem o jogasse compreendesse como se sente uma pessoa que vive com esses problemas mentais ou se identificasse com os sentimentos expostos na narrativa e pudesse procurar ajuda, e acabou chamando a atenção, sendo jogado mais de 177 mil vezes. Ao final do jogo, contatos de profissionais são disponibilizados para incentivar as pessoas que se identificaram, ou identificaram algum conhecido na personagem, a buscar auxílio (WEILLER, 2017).

Figura 6 – Tela inicial do jogo *Rainy Day*



Fonte: Weiller (2016).

Estes trabalhos são alguns exemplos de como o *designer* pode levantar discussões pertinentes sobre assuntos importantes para a sociedade e que, muitas vezes, não são abordados por causa do preconceito. De acordo com Fontoura (2011), uma pessoa irá aprender quando está envolvida emocional e racionalmente com a reprodução e criação do conhecimento, tornando a aprendizagem significativa e possibilitando novas atitudes. O *design*, nesse contexto, permite o compartilhamento

de informações que podem ajudar a superar o estigma e gerar atitudes de empatia para um avanço no entendimento da depressão pela sociedade.

2.3 A interação social e a comunicação digital

O ser humano é um ser social, está sempre interagindo com outras pessoas em seu cotidiano. As conversas cara a cara ainda são importantes para as interações sociais, mas a comunicação *online* mudou a forma como as pessoas entram em contato umas com as outras (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013).

A imprensa, o rádio e a televisão, meios de comunicação muito utilizados pela sociedade, funcionam num esquema "um para todos", onde um centro emissor envia a mensagem para os receptores passivos e isolados. Mesmo que as pessoas que receberam a mensagem partilham-na, não há reciprocidade ou interação, e o contexto da mensagem foi imposto pelos centros. Já o correio e o telefone funcionam num esquema em uma rede "um a um" onde as mensagens podem ser endereçadas e trocadas com reciprocidade, mas não cria uma comunidade, já que o contexto não ocorre em grande escala (LÉVY, 1998).

Em 1989, o geógrafo David Harvey escreveu sobre a compressão tempo-espaço, uma perturbação de relações de significado antes estáveis. Com a introdução da *world wide web* (www) no mesmo ano essa compressão aumentou. As pessoas nascidas após esse ano cresceram fazendo várias coisas ao mesmo tempo. É possível falar no celular com uma pessoa da mesma cidade (a segunda geração de telefonia móvel digital foi introduzida em 1991) enquanto se digita uma mensagem eletrônica para alguém do outro lado do mundo, e as duas comunicações irão ocorrer no mesmo instante. Na atualidade, já não é mais possível imaginar o mundo sem a internet (CARDOSO, 2012).

Segundo Lévy (1998), esse movimento de interconexão é o crescimento exponencial do ciberespaço¹² que, apesar de reforçar o poder dos centros intelectuais, econômicos e políticos já estabelecidos, também permite que ocorram movimentos sociais, trocas de conhecimento, redes de solidariedade, e este poder centralizado

12 "Meio de comunicação aberto pela interconexão mundial dos computadores" (LÉVY, 1998, p. 49).

também será trabalhado de forma cooperativa. Dentro do ciberespaço existem vários grupos de discussão que atingem outras pessoas com interesse em determinado assunto, e a comunicação de “todos para todos”, que permite a reciprocidade e ao mesmo tempo a partilha de um contexto, pode favorecer o desenvolvimento da inteligência coletiva.

A internet chegou ao Brasil em 1992 com acesso restrito a instituições acadêmicas, porém em 1995 foi lançada comercialmente para toda a população (RNP, 2015). A partir daí, houve um crescimento exponencial dos usuários *online*.

Essa nova rede permitiu, cada vez mais, a comunicação facilitada entre as pessoas de todos os lugares do mundo. Os usuários podiam transitar facilmente entre os meios de comunicação: enviavam mensagens curtas por meio das mensagens de texto, ou mensagens compridas através do *e-mail*, ou ainda conversavam *online* via bate-papo com amigos (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013).

Segundo Rogers, Sharp e Preece (2013), a forma como ocorre a comunicação pode variar de acordo com a cultura das pessoas, custo e tipo de tecnologia do momento. Em certo período, as mensagens instantâneas foram o auge da comunicação digital, mas só podiam ser acessadas no computador. Em seguida, as redes sociais começaram a dominar o mundo, em 2010. Enquanto isso, a venda de *smartphones* aumentava de forma significativa.

A internet é a ferramenta que têm permitido esse tipo de evolução da comunicação, e vêm sendo muito utilizada no Brasil, como mostra a pesquisa TIC Domicílios 2015. Em torno de 58% da população brasileira usa a internet, o que representa 102 milhões de usuários, sendo que a maioria dos acessos à internet ocorre por meio do celular (89%), seguido pelo computador de mesa (40%), computador portátil ou *notebook* (39%), *tablet* (19%), televisão (13%) e *videogame* (8%). A região Sudeste tem 17,4 milhões de domicílios conectados à internet; no Nordeste são 7 milhões; a região Sul possui 5,4 milhões; o Centro-Oeste tem 2,5 milhões; e no Norte são 1,9 milhão (PORTAL BRASIL, 2016).

Além disso, mundialmente, entre os anos 2000 e 2015, as assinaturas de celular aumentaram de 738 milhões para 7 bilhões. É importante frisar que, apesar do número de assinaturas ser quase igual ao número da população mundial, muitas

peças têm mais de uma assinatura enquanto outras não têm celular nem acesso à rede móvel. Mesmo assim, nos países em desenvolvimento, a rede móvel chegou como uma forma mais penetrante e inclusiva por meio de celulares de baixo custo, recargas pré-pagas e serviços financeiros móveis, transformando a tecnologia móvel em uma ferramenta de desenvolvimento que mudou a forma como as pessoas planejam sua vida, se organizam socialmente, e acessam oportunidades de educação, saúde, negócios e de emprego (ITU, 2016).

O uso da internet e das redes móveis transformou a maneira como as pessoas mantêm contato e geram conteúdo. Atualmente, qualquer pessoa pode compartilhar, perguntar, recomendar coisas *online* para as outras, de qualquer lugar do mundo e de forma instantânea, algo nunca imaginado há alguns anos atrás. Esse aumento no compartilhamento de informação está ligado às ferramentas da *web* que foram projetadas para serem facilmente acessadas por qualquer pessoa (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013).

2.4 Experiência do usuário, *design* de interação e usabilidade

Para projetar interfaces adaptadas e mais fáceis de serem utilizadas, seja em produtos físicos ou na *web*, é importante levar em consideração o usuário da mesma, e não apenas seus recursos e funções. Uma abordagem de interação centrada no uso prevê que a interface possibilite ao usuário realizar sua tarefa com qualidade e conforto.

A interface é o que está entre a pessoa e aquilo que ela deseja utilizar, o que pode ser um objeto, máquina, aplicativo ou *site*. É a parte visual, que a pessoa pode operar e conhecer. Ao utilizar essa interface, as pessoas geram emoções e sentimentos sobre a mesma, o que caracteriza a experiência do usuário.

Segundo Cybis, Betiol e Faust (2010, p. 365), a norma ISO 9241-210:2009, desenvolvida pela *International Standard Organization*, conceitua a experiência do usuário como “as percepções e respostas da pessoa que resultam do uso ou da expectativa de uso de um produto, sistema ou serviço”, colocando em questão a percepção que o usuário desenvolve em relação ao produto mesmo antes de interagir com o mesmo, que pode ser formada por experiências com produtos similares,

opiniões de outras pessoas ou informações que obteve antes de ter contato com o produto.

Essas percepções são inerentes ao ser humano, que, afirma Norman (2008), evolui na medida em que interpreta o mundo por meio da cognição e julga, por meio do afeto e da emoção, o que é bom o mau, se adaptando, por fim, para sobreviver melhor. Para o autor, as emoções não podem ser separadas da cognição, pois tudo o que o ser humano faz ou pensa está ligado à emoção, muitas vezes de forma inconsciente. O sistema cognitivo (que gera conhecimento) interpreta e explica a lógica do mundo, enquanto o sistema afetivo (que gera emoções) julga as coisas e determina se são perigosas ou seguras, boas ou ruins. Esses dois sistemas, juntos, realizam o processamento das informações no cérebro humano.

Geralmente, uma pessoa reage emocionalmente à alguma coisa antes de analisá-la cognitivamente, isso porque a sobrevivência é mais importante que o conhecimento. Porém, o contrário pode acontecer quando uma pessoa sonha, planeja e imagina, fazendo com que a cognição desencadeie emoções que, por sua vez, modificam novamente a cognição (NORMAN, 2008).

Para o autor, a emoção pode, portanto, mudar a forma como a mente humana resolve problemas. A estética no *design* se torna importante nesse sentido porque as pessoas se sentem bem quando interagem com produtos atraentes e acabam pensando de forma mais criativa, o que facilita encontrarem soluções para os problemas que surgirem e terem uma boa lembrança da experiência. Já as pessoas que tiverem dificuldades de interação com um produto, segundo Cybis, Betiol e Faust (2010), sentirão frustração, raiva e ansiedade, acabando apenas por lembrar dos problemas do produto. E cada pessoa, com seus conhecimentos e expectativas que a tornam única, terão experiências únicas. Portanto, uma interface irá significar coisas diferentes para diferentes pessoas.

De acordo com Norman (2008), o ser humano e suas estruturas cerebrais são complexos. Estas permitem que as pessoas tenham consciência do seu papel no mundo, possam refletir sobre experiências para aprender, se preparar para o que está por vir e lidar com atividades do dia-a-dia. Isso resulta de três níveis estruturais do

cérebro, que desempenham papéis diferentes no funcionamento da pessoa e exigem estilos diferentes de *design*, são eles: o visceral, o comportamental e o reflexivo.

O nível visceral é responsável pelos julgamentos rápidos do que é bom ou ruim, envia sinais para o sistema motor reagir e avisa o restante do cérebro. Seria o início do processamento afetivo do cérebro. Em relação ao *design*, é onde se formam as primeiras impressões sobre um produto, sua aparência, toque e sensação.

Já o nível comportamental controla as ações do ser humano de forma subconsciente e automatizada, como dirigir um carro, por exemplo. Ele pode ampliar ou inibir o nível visceral, enquanto pode ser ampliado ou inibido pelo nível reflexivo. No *design*, está relacionado ao uso e experiência que o ser humano terá com o produto, que podem ser boas ou ruins.

Por fim, no nível reflexivo o ser humano pensa sobre suas operações, sobre o nível comportamental, reflete sobre as mesmas e aprende sobre o mundo. Para o *design*, ele diz respeito à mensagem, à cultura, ao significado do produto e seu uso.

Os três níveis interagem entre si, sendo as atividades que começam no nível visceral chamadas “de baixo para cima” e influenciadas pela percepção, e as iniciadas no nível reflexivo chamadas “de cima para baixo” e impulsionadas pelo pensamento. Isso significa que tudo o que o ser humano faz tem componentes cognitivos, que atribuem significado, e afetivos, que atribuem valor e mudam a forma de pensar.

Portanto, é possível perceber que o fato das pessoas se identificarem e gostarem de algum produto está intimamente associado com a percepção dela sobre o mundo, suas experiências e emoções. Além da função e da forma dos produtos, é necessário que, por meio do *design* de interação, eles sejam projetados de modo a serem diferenciados e trazerem experiências que gerem valor significativo para as pessoas.

De acordo com Rogers, Sharp e Preece (2013, p. 8), *design* de interação entende-se por “projetar produtos interativos para apoiar o modo como as pessoas se comunicam e interagem em seus cotidianos, seja em casa ou no trabalho” e aborda a teoria, a pesquisa e a prática no *design* de experiências do usuário para todos os tipos de tecnologias, sistemas e produtos.

Para as autoras, o *design* de interação envolve três atividades importantes: “compreender os requisitos, produzir um design que satisfaça esses requisitos e avaliá-lo” (p. 320). Além disso, a abordagem é focada nos usuários e seus objetivos, envolvendo-os no processo, permitindo uma melhor percepção das suas preocupações, expectativas e emoções em relação ao produto, compreendendo quem são e, conseqüentemente, desenvolvendo um produto mais usável e adequado, gerando experiência e valor para o usuário.

Além de levar em consideração a experiência e o *design* de interação, é necessário pensar na qualidade do produto, na sua otimização e eliminação de problemas. Para isso, a usabilidade é de extrema importância no seu desenvolvimento, de forma a permitir que o usuário consiga alcançar seus objetivos e satisfazer suas necessidades.

A norma ISO 9241, criada em 1998, define usabilidade como a capacidade que um sistema interativo oferece ao usuário para que ele realize tarefas de forma eficaz, eficiente e agradável, dentro de certo contexto. Ela é uma combinação entre aspectos objetivos, como a produtividade na interação, e subjetivos, como o prazer ligado à experiência do usuário (CYBIS; BETIOL; FAUST, 2010).

A falta de usabilidade pode causar desde dificuldades para o usuário realizar as tarefas, acabando por não encontrar o que precisava, tendo uma diminuição na sua produtividade ou descartando a interface por ser difícil de usar e ter lhe causado uma experiência negativa, até colocar sua vida em risco, dependendo do produto ou interface em questão.

Para que a usabilidade seja bem-sucedida, é necessário otimizar as interações entre as pessoas e os produtos interativos. Portanto, algumas metas definidas para a usabilidade são: ter eficácia no uso; ser eficiente no uso; possuir segurança no uso; ter utilidade; ser fácil de aprender e de lembrar como usar (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013).

a) Eficácia: refere-se a quão bom é o produto em fazer o que é esperado dele.

- b) Eficiência: diz respeito à forma como o produto ajuda o usuário na realização da tarefa.
- c) Segurança: ocupa-se em proteger o usuário de situações indesejáveis ou perigosas.
- d) Utilidade: relaciona-se com as funcionalidades que o produto oferece necessárias para o usuário alcançar seu objetivo.
- e) Capacidade de aprendizagem: preocupa-se com a facilidade do usuário em aprender a utilizar o produto.
- f) Capacidade de memorização: refere-se à facilidade do usuário em lembrar de como usar o produto depois de já ter aprendido.

Essas metas permitem que a usabilidade seja avaliada para ver se ainda precisam ser feitos ajustes que concedam um melhor desempenho do usuário, ou se o produto ou interface já está de acordo com os critérios definidos no projeto. Produtos desenvolvidos de acordo com as regras de usabilidade têm maior chance de serem aceitos pelos usuários e de terem destaque em frente aos concorrentes (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013).

3 METODOLOGIA

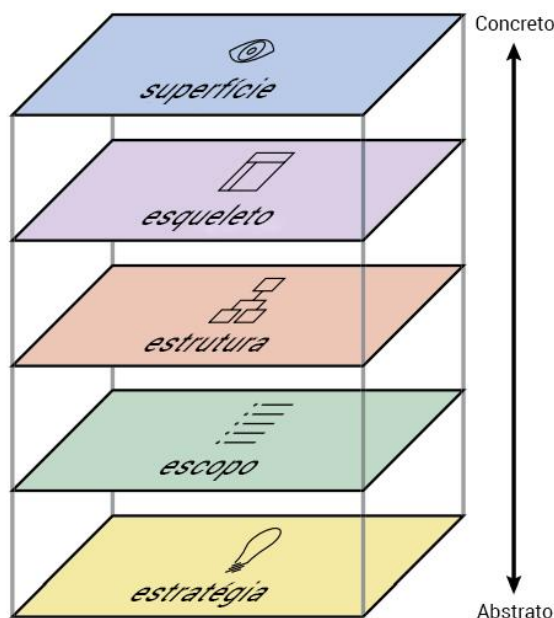
No *design*, as metodologias direcionam o desenvolvimento dos projetos, unindo a teoria à prática para se chegar ao melhor resultado possível seguindo determinado planejamento. Elas permitem uma melhor organização do projeto e ajustes e combinações para suprir suas necessidades. Para Platcheck (2012, p. 4), “a prática do *design* é o projeto”. Nele são utilizados métodos que unem a criatividade e o trabalho interdisciplinar de modo a evitar desperdícios de tempo, recursos e materiais. O método, portanto, é o planejamento feito antes de se realizar uma tarefa, para que ela seja desenvolvida consciente e objetivamente. A metodologia age como uma ferramenta que se preocupa com a aplicação dos métodos no projeto, utilizando técnicas dos processos lógico e criativo, da avaliação e do gerenciamento de tempo para garantir o sucesso do resultado final.

De acordo com Munari (2008), os problemas de *design* estão por toda parte e não são relativos apenas à estética. Eles surgem de necessidades da sociedade e, quando solucionados, trazem melhorias para a vida das pessoas. Tendo identificado o problema deste trabalho (descrito no item 1.1), foi necessário compreender qual das metodologias de *design* estaria mais adequada para o desenvolvimento do projeto.

Metodologias como as de Gui Bonsiepe (1983), Bruno Munari (1981) e Elizabeth Platcheck (2012) têm enfoque no processo do *design* industrial e, com isso, não atendem plenamente as necessidades deste projeto. Portanto, percebeu-se a necessidade de uma metodologia focada no *design* de interfaces digitais e definiu-se a metodologia de Jesse James Garrett (2011), direcionada para a experiência do usuário, para o desenvolvimento deste trabalho.

Garrett (2011) divide sua metodologia em cinco planos (ou etapas) principais, são eles:

Figura 7 – Cinco planos de Garrett



Fonte: Garrett (2011) adaptado pela autora (2017).

a) **Plano de Estratégia:** é o primeiro passo para o desenvolvimento do projeto, onde são estabelecidos seus objetivos estratégicos, seus propósitos e as necessidades dos usuários. Também são analisadas as características do público-alvo e realizado o levantamento de dados. Este plano é dividido neste trabalho entre os seguintes capítulos: Objetivos, Referencial Bibliográfico e Levantamento de dados;

b) **Plano de Escopo:** neste plano são definidas as especificações do projeto de acordo com o que foi estabelecido no plano anterior para delimitar o que será feito ou não. Além disso, são abordados os requisitos, as funcionalidades e a interação. Neste trabalho, este plano se configura na Lista de Requisitos;

c) **Plano de Estrutura:** este plano aborda o *design* de interação, a experiência do usuário e a organização dos requisitos definidos no plano anterior. Nele é realizada a hierarquização do conteúdo (diagrama de arquitetura);

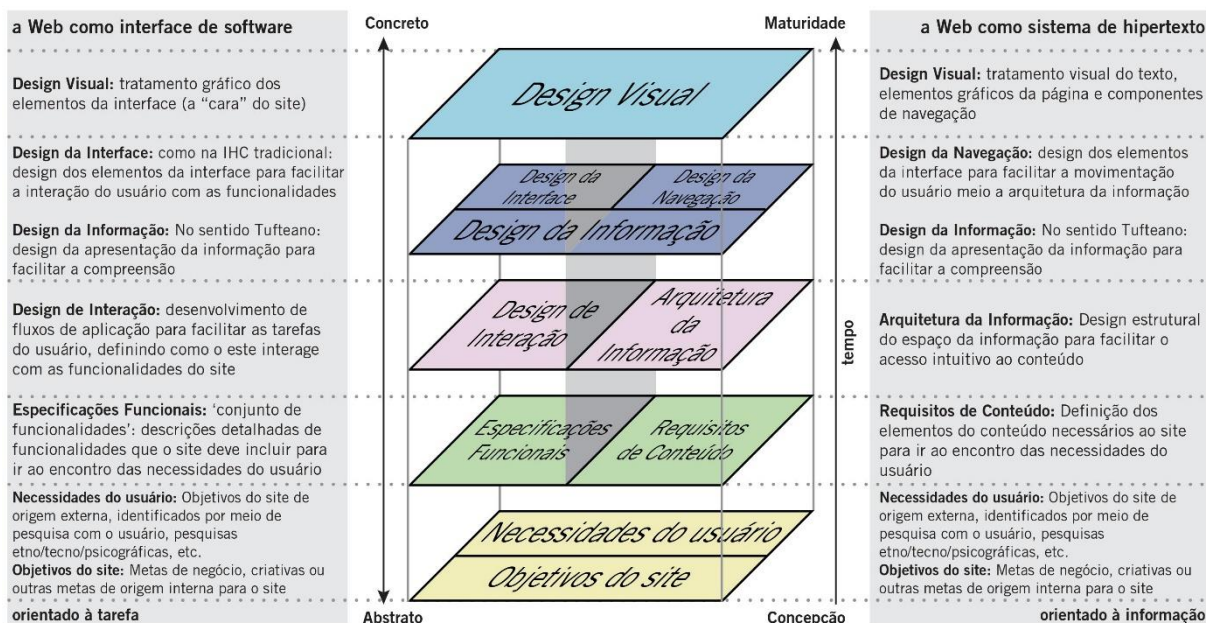
d) **Plano de Esqueleto:** o esqueleto dá sustentação ao projeto, é nele que se criam os desenhos estruturais (*wireframes*) e onde se define o padrão visual e a localização dos elementos.

e) Plano de Superfície: neste plano são criadas a identidade visual do projeto e o *design* visual das telas. “Aqui, conteúdo, funcionalidade e estética unem-se para produzir um *design* bem-acabado que supre os objetivos de todos os outros quatro planos” (GARRETT, 2011, p. 133, tradução nossa).

Os cinco planos atuam no projeto com uma abordagem de baixo para cima (*bottom-up*), onde se começa a pensar primeiro nos conceitos mais abstratos para depois ter definições concretas e com mais detalhes. O diagrama da metodologia de Garrett é como um prédio, onde a estratégia seria a fundação e uma alteração neste plano afetaria todos os outros. É importante que o projeto esteja sempre em um ciclo de avaliação, para que sejam identificados os problemas o mais cedo possível e, para isso, não se deve finalizar por definitivo um plano para só depois pensar no outro (GARRETT, 2011).

Para Garrett (2011), a evolução da tecnologia tornou necessária uma melhor definição das terminologias da experiência do usuário. Segundo o autor, a internet em seu princípio era utilizada apenas para troca de informações. Porém, quando foi disponibilizada para que todas as pessoas pudessem utilizá-la, sua funcionalidade, de certa forma, mudou. Era possível, além de distribuir informação, coletá-la e manipulá-la e, dessa forma, a *web* se tornou mais interativa. Quando começou a se falar em experiência do usuário, os especialistas tinham duas linguagens diferentes: um grupo atribuía os problemas que surgiam ao *design* de interação e o outro atribuía esses problemas à arquitetura da informação. Porém, com o tempo, percebeu-se que os *sites* geralmente eram um híbrido entre a funcionalidade e a informação e, portanto, era necessário que os especialistas comesçassem a utilizar a mesma linguagem. Essa dualidade é explorada pelo autor com a divisão dos planos em duas partes: funcionalidade e meio de informação (Figura 8).

Figura 8 – Elementos da experiência do usuário



Fonte: Garrett (2000).

É possível perceber, após análise, que a metodologia de Garrett abrange as etapas necessárias para o desenvolvimento deste projeto. Para um melhor aproveitamento de cada etapa, as atividades definidas para o andamento do trabalho foram divididas em duas fases: a primeira abordou os dois primeiros planos (Estratégia e Escopo) para definição dos objetivos e especificações do projeto; e a segunda abordou os outros três planos (Estrutura, Esqueleto e Superfície) para desenvolvimento da parte estrutural e criativa do trabalho.

3.1 Primeira fase

Durante o plano estratégico, Garrett (2011) indica que se façam duas perguntas muito importantes: o que se quer atingir com o produto e o que os usuários querem extrair do produto. Dessa forma, é possível entender quais os objetivos do produto e quais as necessidades do usuário. Neste trabalho, a definição do que se espera atingir com o projeto está na Problematização (item 1.1). Para poder compreender as necessidades do usuário e definir as funcionalidades adequadas, foi feito um Levantamento de Dados, realizado em três etapas. A primeira foi a Análise de Similares, que se deu com o *download* de 10 aplicativos na App Store da Apple sobre depressão e/ou saúde mental, escolhidos por indicação de *sites* de tecnologia. Foram

feitas análises do *design* das telas e construção dos fluxogramas de cada aplicativo, a fim de compreender suas funcionalidades e problemas.

A segunda etapa caracterizou-se pela aplicação de um questionário *online* por meio do Google Forms (APÊNDICE A) que atingiu 427 respondentes para um levantamento quantitativo de dados, que teve como objetivo compreender como as pessoas, tanto as que já foram diagnosticadas com depressão quanto as que não foram, percebem a doença e o estigma ligado à mesma, e seu comportamento em relação ao uso de aplicativos em *smartphones*.

Além de dados quantitativos, na terceira etapa também foram levantados dados qualitativos por meio de entrevista realizada no Google Forms (APÊNDICE B) com a intenção de obter a visão de profissionais da área da Saúde, mais especificamente 5 profissionais da Psicologia e 2 da Psiquiatria, sobre o estigma ligado à depressão, as consequências da doença para a sociedade e pessoas próximas do depressivo, e a opinião dos profissionais sobre o desenvolvimento de um aplicativo para gerar conscientização sobre a doença.

O plano seguinte, de Escopo, começou a ser abordado no item 4.4 do trabalho com a análise dos resultados obtidos com o levantamento de dados e considerações da autora. Com esses resultados, foi possível desenvolver uma lista de requisitos e funcionalidades para o projeto, a qual está disponibilizada no capítulo 5, Lista de Requisitos.

3.2 Segunda fase

Após definidas as especificações e os objetivos do projeto nos planos anteriores, a partir do capítulo 6 iniciou-se a etapa estrutural e criativa do trabalho, que agrupou os planos de Estrutura, Esqueleto e Superfície. Primeiramente, foi realizado um *moodboard* (painel de referências visuais), ferramenta metaprojetual que consiste em uma compilação de elementos visuais (geralmente imagens, cores, desenhos e materiais gráficos) utilizada para estimular a comunicação e o desenvolvimento durante o projeto de *design* (McDONAGH; DENTON apud FEDERIZZI et al., 2017).

A fim de coletar dados para o desenvolvimento desta ferramenta e obter uma melhor percepção das expectativas dos usuários quanto ao aplicativo, foram definidos três grupos, sendo o primeiro formado por profissionais da área do *Design*, o segundo formado de profissionais da Saúde e o terceiro formado por possíveis usuários do aplicativo, que foram expostos, separadamente, a uma apresentação com conteúdo sobre depressão e aplicativos de *smartphones*, além de perguntas específicas (APÊNDICE C). Em seguida, cada participante teve três minutos para responder a cada pergunta em lembretes autoadesivos (*post-its*). As respostas de cada grupo geraram painéis que guiaram o desenvolvimento do *moodboard* e a definição dos conceitos do projeto.

A partir destas definições, foi criada a identidade visual do aplicativo, momento em que foram definidos o *naming*, a marca e as cores que guiaram o restante do desenvolvimento visual do projeto. Para definição do *naming*, realizou-se um questionário qualitativo *online* com 45 respondentes para coleta de palavras relacionadas com a superação da depressão e, em seguida, foi feito um filtro das palavras que mais apareceram tanto nos painéis do *moodboard* quanto desta pesquisa, as quais contribuíram para a geração de alternativas e escolha do *naming* do aplicativo. A marca do aplicativo foi definida após geração de alternativas do símbolo e da tipografia realizadas de forma manual e em *software*. Também foi feita geração de alternativas da paleta de cores, definida através de testes na interface e na marca.

Em seguida, foi desenvolvido o diagrama de arquitetura do aplicativo para organizar e hierarquizar seu conteúdo a fim de ter uma estrutura consolidada para facilitar o desenvolvimento do plano de Esqueleto. Para Garrett (2011, p. 101, tradução nossa), o diagrama é “a principal ferramenta de documentação para arquitetura de informação ou *design* de interação”, representando visualmente a estrutura e facilitando a compreensão do projeto. O autor afirma que não é necessário documentar todos os *links* de cada página, pois este nível de detalhes pode confundir a equipe, mas o importante é documentar as relações conceituais entre os elementos. Também, segundo o autor, no início da *web* o termo “*sitemap*” era utilizado para descrever este tipo de representação, porém, por questões de conflito com outros termos de navegação, a nomenclatura favorecida é “diagrama de arquitetura”.

Para formar o esqueleto do projeto, foram criados os *wireframes* (desenhos estruturais), onde é possível visualizar os sistemas de navegação, os elementos de interface e o *design* de informação de forma simplificada, a fim de perceber os componentes e como eles se encaixam dentro das telas (GARRETT, 2011).

O plano de Superfície se deu pela elaboração do *design* visual do aplicativo, onde foram definidos a tipografia e os ícones e realizado um teste de cores para analisar o contraste e a legibilidade e garantir a padronização dos elementos.

Por fim, foi desenvolvido um protótipo *online* por meio da ferramenta Marvel (www.marvelapp.com) para testes de usabilidade e verificação dos requisitos com 10 pessoas, a fim de obter retorno sobre sua experiência, o *design* e a eficiência do aplicativo.

4 LEVANTAMENTO DE DADOS

O levantamento de dados é uma etapa importante do trabalho para a definição dos requisitos e avaliação do projeto, pois objetiva coletar informações suficientes e relevantes que permitam a montagem de um conjunto adequado de requisitos e receber retorno dos usuários (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013). Neste trabalho, foi necessário perceber a visão das pessoas em relação à depressão, obter uma visão profissional sobre o assunto e sua relação com a sociedade, além de compreender a relação das pessoas com *smartphones* e aplicativos e a opinião profissional sobre a utilização destes na conscientização sobre depressão. Além disso, para visualizar as funcionalidades e recursos disponíveis hoje no mercado de aplicativos, foi importante conhecer os produtos similares. Esses dados foram coletados, respectivamente, com a aplicação de um questionário quantitativo *online* com possíveis usuários do aplicativo a ser desenvolvido; entrevista *online* para levantamento qualitativo de dados realizada com profissionais da área da Saúde; e análise de similares com 10 aplicativos disponíveis no mercado.

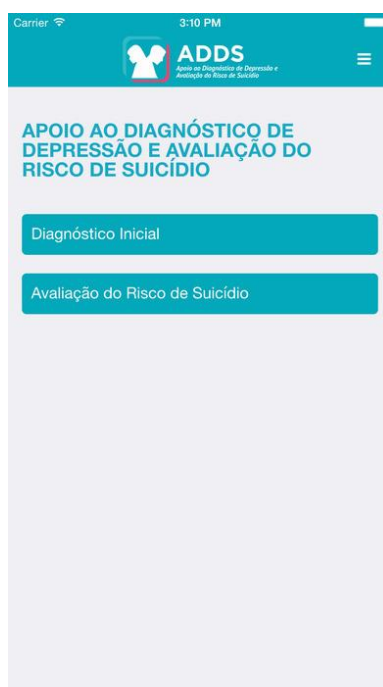
4.1 Análise de similares

A seleção dos aplicativos para a análise de similares se deu por meio de referências e indicações em *sites* de saúde mental e bem-estar e buscas na loja de aplicativos da Apple, de onde foram feitos *downloads* de 5 aplicativos internacionais e 5 nacionais para análise e montagem de fluxograma. Os aplicativos e análises podem ser vistos nos próximos subcapítulos.

4.1.1 ADDS

O aplicativo ADDS (Apoio ao Diagnóstico de Depressão e Avaliação do Risco de Suicídio), desenvolvido pelo Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com apoio do Sistema Único de Saúde e do Ministério da Saúde do Governo Federal, tem como objetivo ajudar os profissionais da área da saúde no diagnóstico de depressão e na definição de Risco de Suicídio em seus pacientes (Figura 9). Está disponível para *download* nos sistemas Android e iOS.

Figura 9 – Interface do aplicativo ADDS

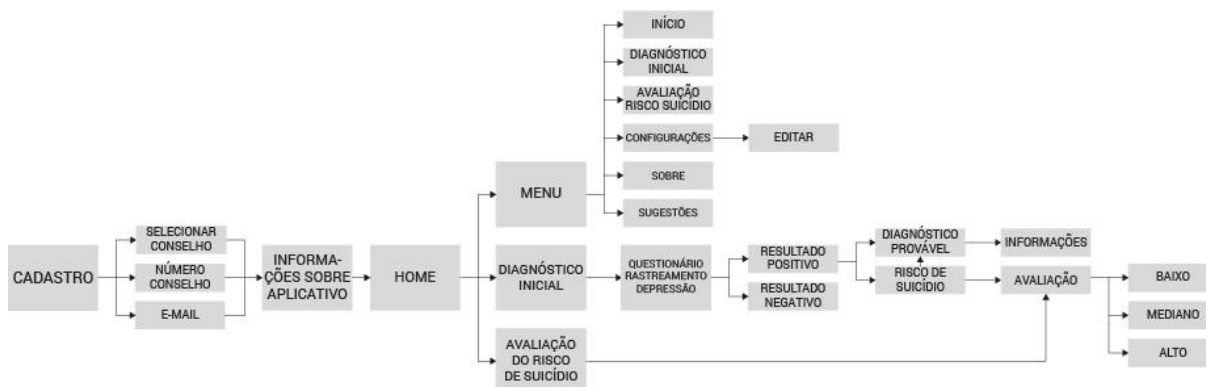


Fonte: App Store (2017).

O profissional da saúde, logo ao abrir o aplicativo, precisa fazer um breve cadastro onde informa de qual conselho faz parte, qual o número do conselho e seu *e-mail*. Em seguida, recebe informações básicas sobre o aplicativo e é redirecionado para a tela inicial. Ali, pode escolher entre realizar o questionário de diagnóstico de depressão ou o de risco de suicídio com seu paciente. Dependendo das respostas do paciente, o aplicativo definirá um diagnóstico para o mesmo, podendo este ser positivo ou negativo. Se positivo, o aplicativo informará qual dos tipos de depressão existentes o paciente possui e também fornecerá informações adicionais sobre a doença. Além disso, dependendo das respostas do paciente quanto ao risco de suicídio, o aplicativo

avaliará o risco como baixo, mediano e alto, indicando qual seria a melhor decisão a ser tomada pelo profissional (Figura 10).

Figura 10 – Fluxograma do aplicativo ADDS

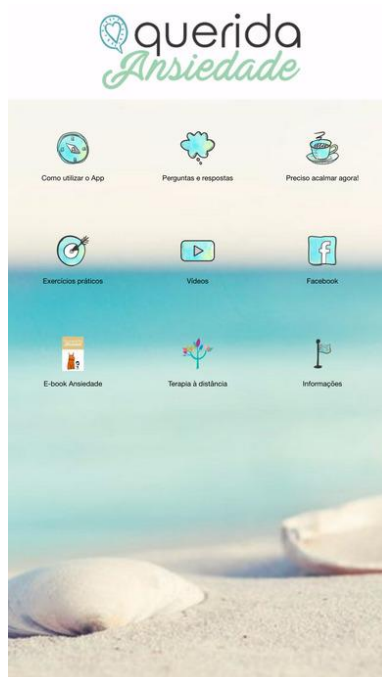


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

4.1.2 Querida Ansiedade

O aplicativo Querida Ansiedade foi desenvolvido pela psicóloga e psicoterapeuta brasileira Camila Wolf com auxílio da *designer* Ana Luiza Parente e tem como objetivo informar e proporcionar maneiras mais saudáveis de conviver com a ansiedade. É possível encontrá-lo nas lojas de aplicativo dos sistemas Android e iOS para *download*. O *design* de interface é diferenciado porque possui viés manual na forma como apresenta os ícones, indo de acordo com a identidade visual conforme mostra a Figura 11.

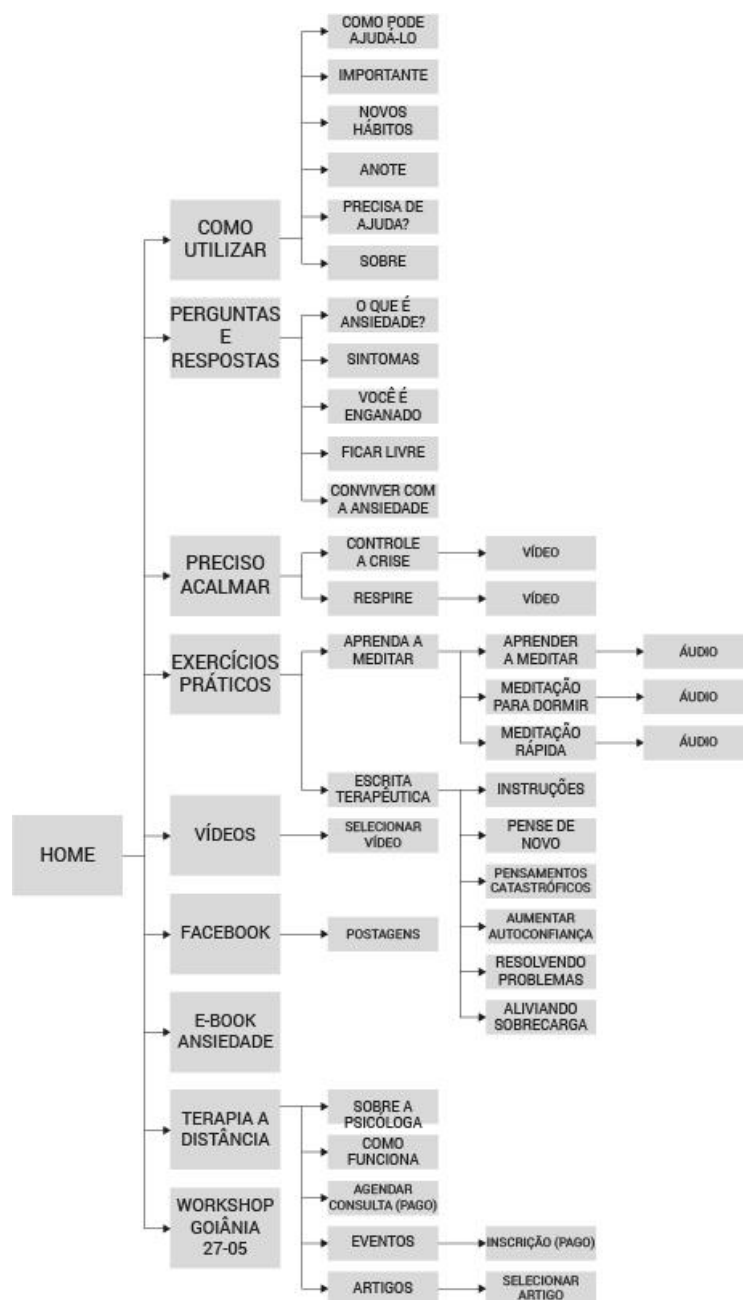
Figura 11 – Interface do aplicativo Querida Ansiedade



Fonte: App Store (2017).

Sem precisar de *login*, o usuário pode utilizar o aplicativo facilmente, pois as opções disponíveis são bastante simplificadas e voltadas para o fornecimento de informações. É possível saber mais sobre o aplicativo e como pode ser útil, compreender melhor a ansiedade, fazer exercícios de controle, respiração, meditação e escrita terapêutica, acessar vídeos e áudios informativos, baixar o *e-book* sobre ansiedade escrito pela desenvolvedora do aplicativo, saber mais sobre a psicóloga, marcar uma consulta e até inscrever-se para participar de eventos sobre o transtorno, porém estas duas opções são pagas (Figura 12).

Figura 12 – Fluxograma do aplicativo Querida Ansiedade



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

4.1.3 Redepsi.co

A Redepsi.co, fundada por Felipe Machado juntamente com o Programa de Educação pelo Trabalho - Saúde Mental em Álcool e Outras Drogas e com apoio da prefeitura de São Paulo, é uma rede colaborativa desenvolvida para profissionais da saúde e tem como objetivo ser um meio confiável de informações sobre tratamentos e serviços de saúde mental (Figura 13). O aplicativo pertencente à Redepsi.co e

obedece às normas do Conselho Federal de Psicologia, do Conselho Federal de Medicina e do Código de Ética Médica, não apresentando fotos de pacientes, resultados e procedimentos. Está disponível para *download* nas lojas de aplicativo do Google, da Apple e do Windows Phone.

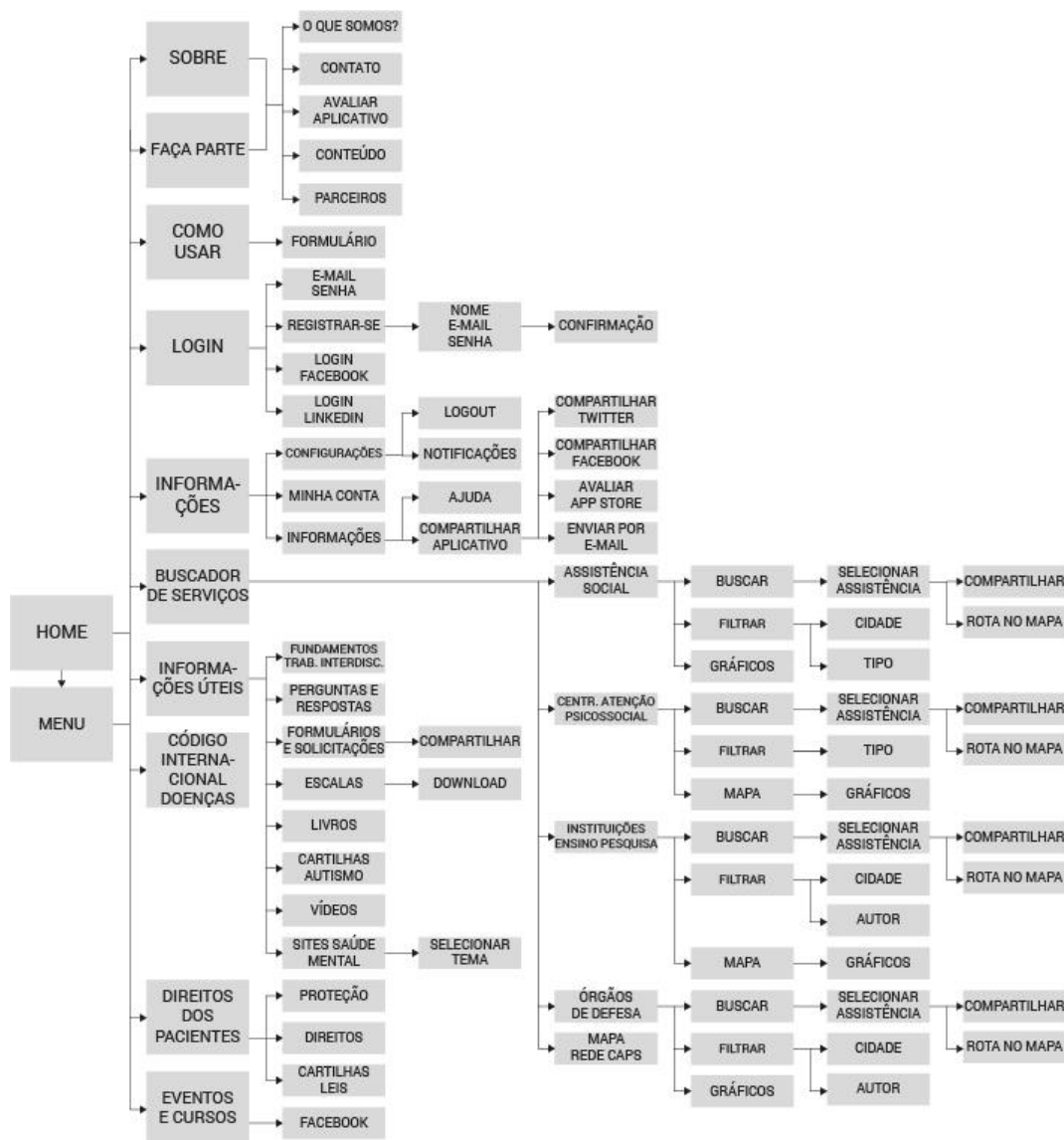
Figura 13 – Interface do aplicativo Redepsi.co



Fonte: Redepsi.co (2017).

Ao utilizar o aplicativo, o usuário pode, mas não precisa, fazer *login* para utilizar os serviços disponíveis. Como a Redepsi.co é focada em disponibilizar informações sobre saúde mental, o aplicativo segue a mesma linha e o usuário pode conhecer mais sobre doenças mentais, encontrar formulários necessários para sua profissão, escalas que pode aplicar junto a seus pacientes, *links* úteis sobre saúde mental, vídeos, livros, classificação de doenças, direitos do paciente e até eventos sobre o tema. A funcionalidade mais marcante do aplicativo é o sistema de busca onde o usuário consegue localizar profissionais, serviços, instituições de ensino e pesquisa, unidades do CAPS (serviço comunitário de saúde mental do SUS) etc., no mapa e ver telefones, endereços e rotas de cada lugar, conforme exibido na Figura 14.

Figura 14 – Fluxograma do aplicativo Redepsi.co



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

4.1.4 Apponym

Este aplicativo é uma rede social diferenciada, onde o usuário personifica um *emoji*¹³ e pode interagir com seis pessoas ao seu redor sem saber quem elas são. O aplicativo se baseia no dito popular “fazer o bem sem olhar a quem”, pois o usuário envia mensagens de apoio e empatia para pessoas que não conhece (Figura 15). O objetivo de Apponym é que as pessoas compartilhem sentimentos não só para os

¹³ *Emoji*: símbolo gráfico que expressa emoção, atitude ou estado de espírito usado na comunicação eletrônica informal (PRIBERAM, 2013).

amigos, mas para os outros ao seu redor, criando uma rede de apoio anônima. Desenvolvido pelos alunos Daniel Oliveira, Isabelly Damascena, Clarissa Pessoa, César Araújo e Daniel Maranhão dentro de um projeto educacional para desenvolvimento iOS da Universidade Federal de Pernambuco, o aplicativo está disponível para *download* em iPhones, iPads e iWatches.

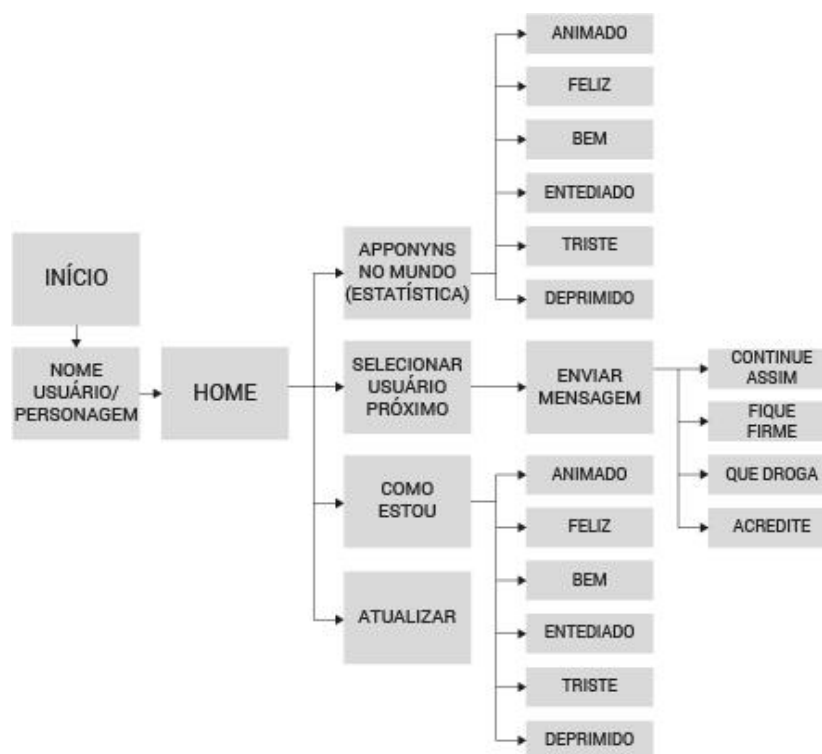
Figura 15 – Interface do aplicativo Apponym



Fonte: App Store (2017).

Para utilizar o aplicativo, o usuário apenas precisa escolher um nome de usuário para seu *emoji*, o maior que aparece na tela. Selecionando-o, o usuário pode definir seu humor: animado, feliz, bem, entediado, triste ou deprimido. Selecionando um dos *emojis* ao seu redor, pode escolher entre quatro mensagens para enviar ao outro usuário, são elas: “continue assim”, “fique firme”, “acredite” e “que droga”. Desta forma, ocorre uma interação entre os usuários e cria-se uma rede de apoio, mesmo entre pessoas que não se conhecem. O aplicativo permite ainda a troca dos *emojis* ao redor do usuário e disponibiliza estatísticas dos humores em tempo real (Figura 16).

Figura 16 – Fluxograma do aplicativo Apponym



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

4.1.5 Cíngulo

O aplicativo Cíngulo busca ajudar o usuário a melhorar sua autoestima por meio de conteúdos, técnicas, áudios, vídeos e exercícios baseados em conhecimentos clínicos e científicos (Figura 17). Desenvolvido pela Código da Mente Editora e Testes LTDA., empresa focada em serviços de autoconhecimento, está disponível para *download* nos sistemas Android e iOS, além de poder ser utilizado na *web*.

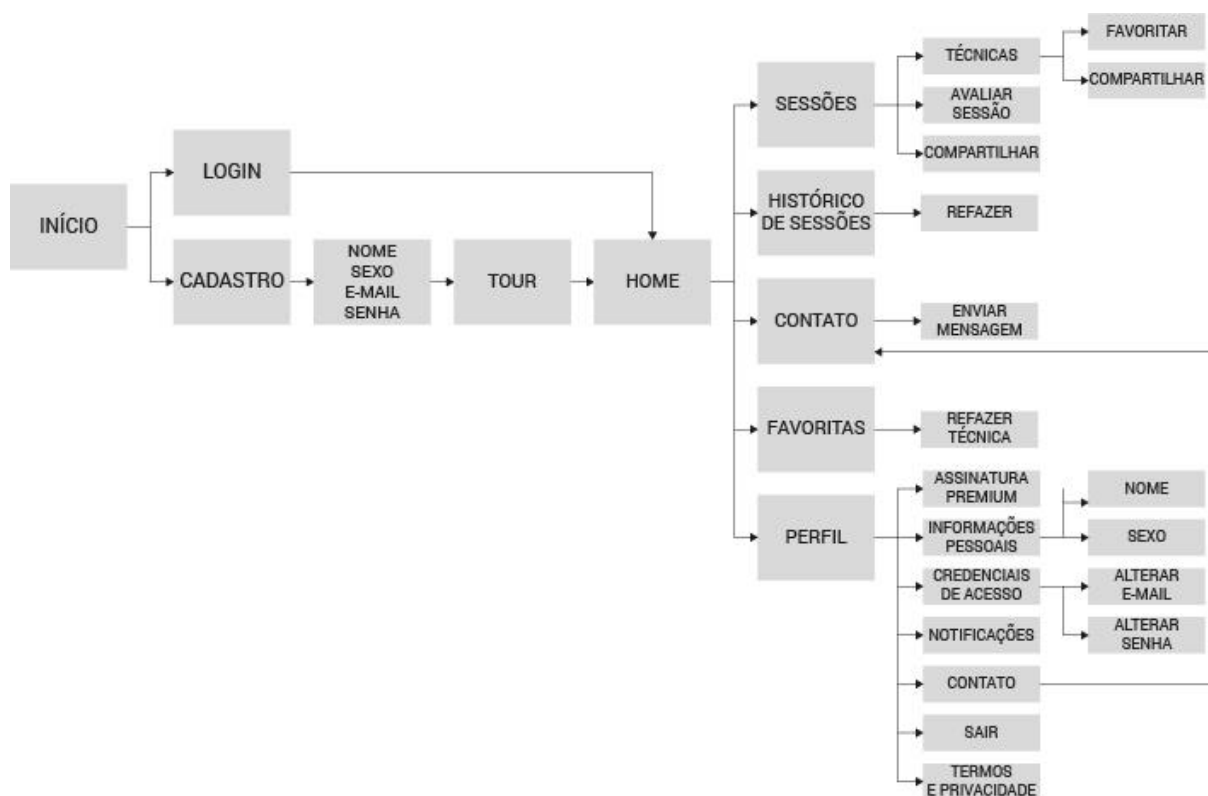
Figura 17 – Interface do aplicativo Cíngulo



Fonte: App Store (2017).

O aplicativo é simples e de fácil usabilidade, sendo que o usuário precisa apenas realizar um cadastro para começar a utilizá-lo, conforme mostra a Figura 18. A principal funcionalidade do Cíngulo são as sessões, todas focadas em aumentar a autoestima do usuário. Cada sessão aborda um assunto dentro do campo da autoestima, como autoaceitação e autorrespeito, por exemplo. Dentro da sessão existem textos, vídeos e áudios informativos, além de técnicas e exercícios que o usuário pode realizar para ir aprimorando sua autoestima. O aplicativo também permite que ele avalie cada sessão e favorite as técnicas que mais gostou para acessá-las diretamente na *home*. Para ter acesso ao serviço completo que o aplicativo oferece, o usuário precisa fazer uma inscrição paga mensal, trimestral ou semestral.

Figura 18 – Fluxograma do aplicativo Cíngulo



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

4.1.6 Project Toe

Criado pela Project Toe LLC., uma *startup* de aplicativos fundada por Mike Bardi, este aplicativo é uma rede social com foco em saúde mental ou, mais precisamente, terapia social, que está disponível para *download* gratuito nas lojas de aplicativo do Google e da Apple. O objetivo do aplicativo é empoderar pessoas comuns para que possam fazer a diferença na vida de outra, facilitando o contato entre elas. A interface é simples, utiliza poucas cores e lembra a interface do Facebook, o que facilita a compreensão dos usuários já acostumados com a mesma (Figura 19 – Interface do aplicativo Project Toe).

Figura 19 – Interface do aplicativo Project Toe



Fonte: App Store (2017).

Ao iniciar o aplicativo, o usuário deve fazer uma nova conta e escolher um ou mais grupos de apoio para entrar. Então, é redirecionado para o *feed* de notícias do aplicativo, onde pode ver, “abraçar” (equivalente ao “curtir” do Facebook), comentar ou reportar as postagens dos outros usuários. Consegue também acessar seu perfil, ver as solicitações de amizade e adicionar novos amigos, ver os grupos que participa e criar novos grupos, conversar com outras pessoas e ver suas notificações, conforme a Figura 20 – Fluxograma do aplicativo Project Toe. Uma funcionalidade interessante deste aplicativo são os distintivos, uma espécie de recompensa que aparece no perfil do usuário de acordo com coisas boas que ele faz para as outras pessoas, como comentar em postagens, ajudar os outros nos grupos, estar ativo no aplicativo, entre outros.

Figura 20 – Fluxograma do aplicativo Project Toe



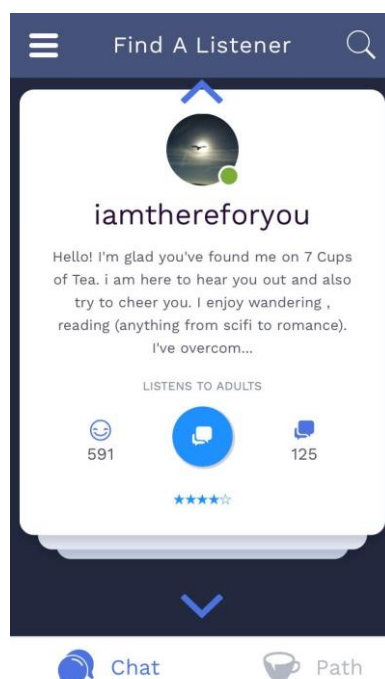
Fonte: Elaborado pela autora (2017).

4.1.7 7 Cups

Este aplicativo, criado pelo 7 Cups of Tea, serviço de saúde e bem-estar emocional sob demanda, oferece terapia *online* por meio de mensagens privadas ou conversas em grupo com ouvintes treinados ou terapeutas, vinte e quatro horas por

dia (Figura 21). Os ouvintes são pessoas que procuraram o serviço porque querem ajudar outros e são treinadas por um curso desenvolvido pelo fundador do projeto, o psicólogo Glen Moriarty. O aplicativo está disponível nas lojas de aplicativo para os sistemas iOS e Android gratuitamente e pode ser usado na web, mas existem atualizações pagas que dão acesso a aprimoramentos no serviço, como a continuidade do atendimento com os terapeutas após trinta dias de teste gratuito e a disponibilidade do caminho personalizado.

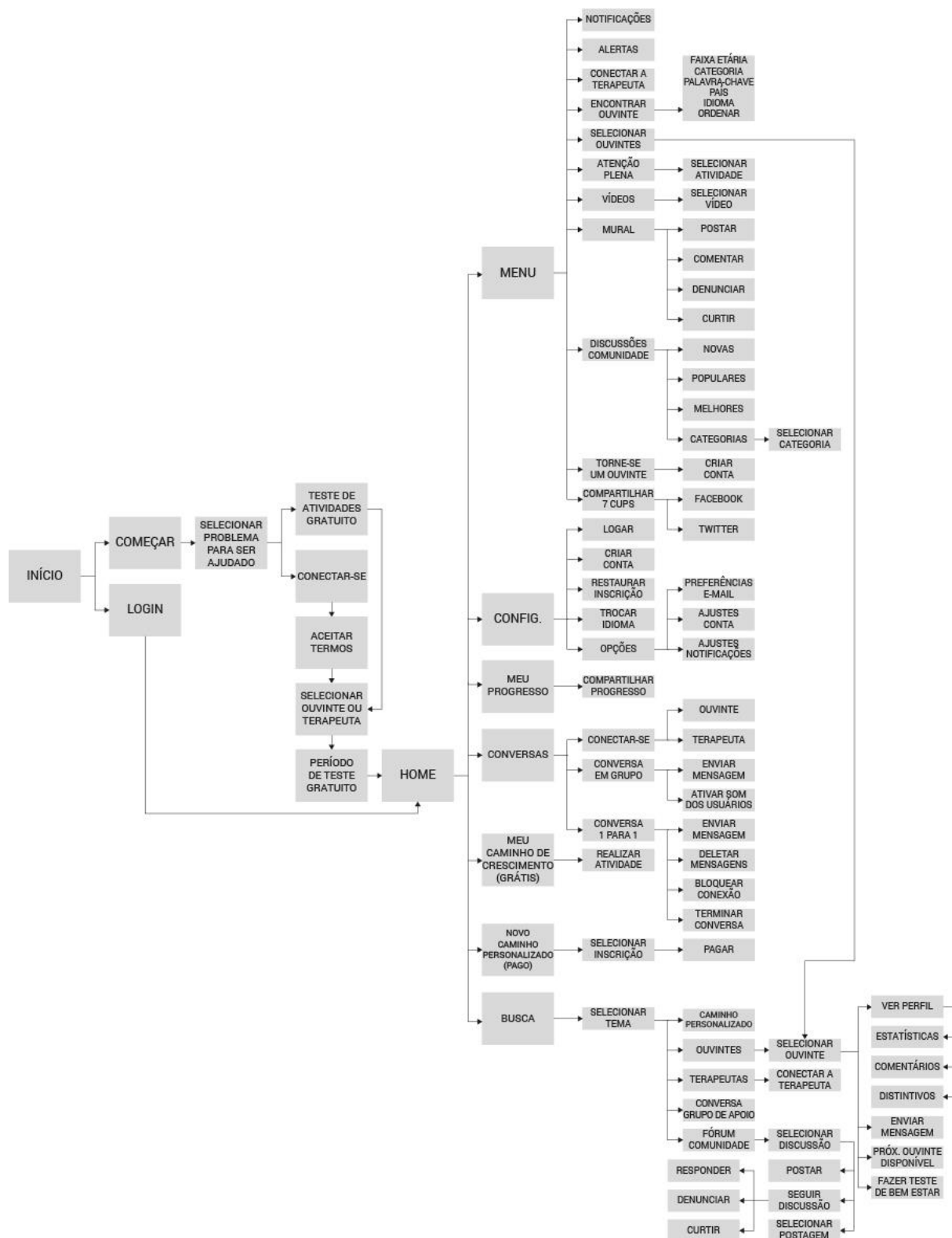
Figura 21 – Interface do aplicativo 7 Cups



Fonte: 7 Cups (2017).

O usuário consegue utilizar o aplicativo em um primeiro momento sem fazer *login*, entrando em um período de teste gratuito onde pode experimentar algumas atividades e participar de conversas pessoais ou em grupo, podendo ter uma ideia de como o aplicativo funciona. Se preferir, pode criar uma conta logo depois de entrar na *home* do aplicativo (Figura 22 – Fluxograma do aplicativo 7 Cups. Porém, não fica claro logo no começo que existe este período de testes e o usuário só descobrirá isso durante uma conversa com um terapeuta, onde recebe uma mensagem automática que informa que terá trinta dias de teste e depois terá que pagar para continuar utilizando o serviço. Uma das funcionalidades mais interessantes é o caminho que a pessoa deve seguir para realizar as atividades, como se estivesse evoluindo de nível e alcançando objetivos de um jogo, o que pode motivá-la a não desistir.

Figura 22 – Fluxograma do aplicativo 7 Cups

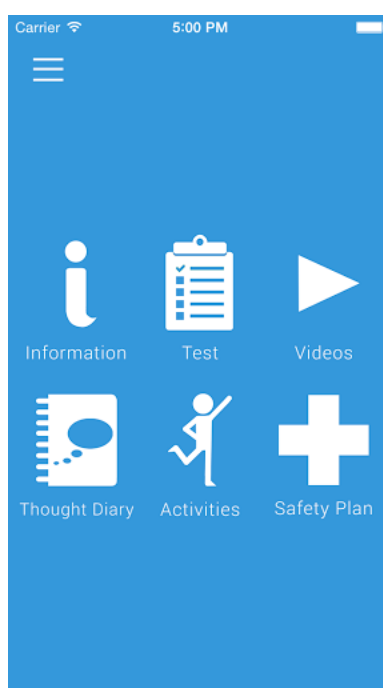


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

4.1.8 MoodTools

O MoodTools é um aplicativo gratuito, disponível para *download* nos sistemas Android e iOS, que fornece ferramentas para auxiliar pessoas que têm depressão clínica e humores negativos. O *design* de interface é simples, utilizando poucas cores e destacando ícones para identificação das funcionalidades, como visto na Figura 23, e não é necessário fazer nenhuma conta para utilizá-lo.

Figura 23 – Interface do aplicativo MoodTools

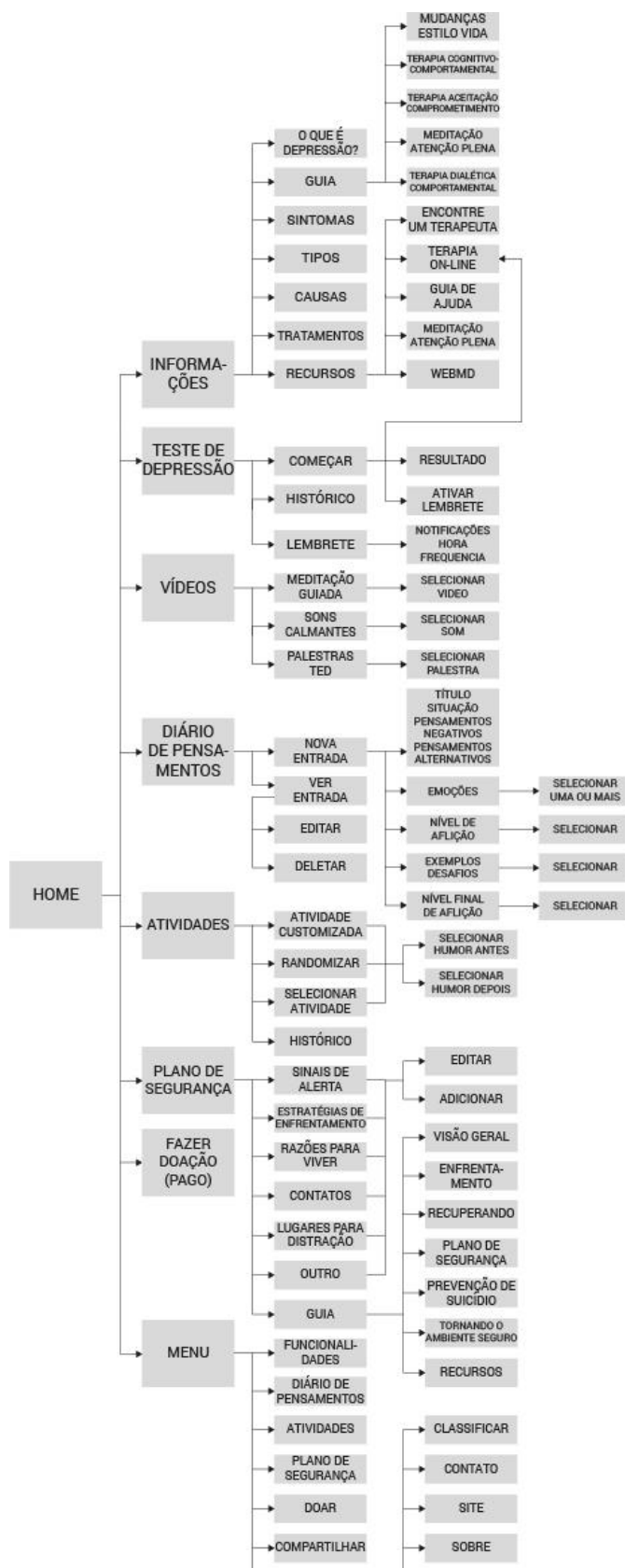


Fonte: MoodTools (2017).

As funcionalidades do aplicativo são bastante diversificadas e interessantes. O usuário pode se informar sobre a depressão, sintomas, tratamentos, além de poder entrar em contato com entidades que podem lhe dar apoio por meio de uma lista disponibilizada. Também estão à disposição o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9)¹⁴, teste para identificar o nível de depressão, vídeos, atividades, um dicionário onde a pessoa pode escrever sobre seus sentimentos e monitorá-los e um plano de segurança para caso ela esteja tendo uma crise, conforme mostrado na Figura 24 – Fluxograma do aplicativo MoodTools

¹⁴ “O PHQ-9 é um instrumento polivalente para rastreio, diagnóstico, monitorização e medição da gravidade da depressão” (STABLE, 2007, p. 9, tradução nossa).

Figura 24 – Fluxograma do aplicativo MoodTools



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

4.1.9 SuperBetter

O objetivo do aplicativo SuperBetter é aumentar a resiliência (capacidade de permanecer forte, motivado e otimista frente a obstáculos) dos seus usuários (Figura 25). Ele foi desenvolvido em forma de jogo e busca fazer com que seu usuário fique física, emocional, social e mentalmente mais forte para enfrentar dificuldades na vida. Criado por Jane McGonigal, ele está disponível para *download* nas lojas de aplicativos do Google e da Apple e também pode ser usado no *website*.

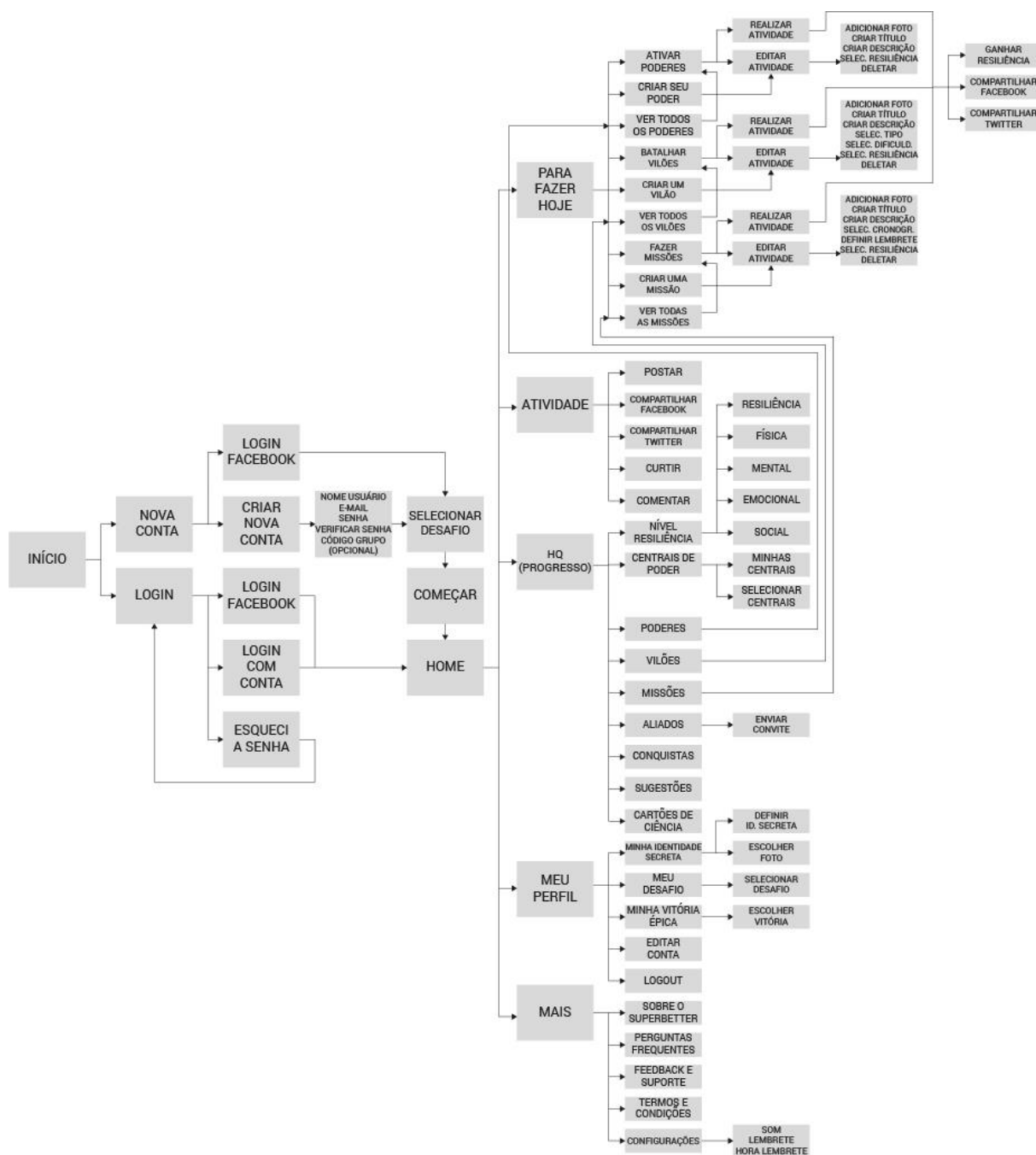
Figura 25 – Interface do aplicativo SuperBetter



Fonte: App Store (2017).

O aplicativo permite que o usuário, após fazer *login*, entre em sua lista de atividades que são denominadas como se fossem de um jogo de aventura, onde o jogador precisa ativar poderes, derrotar inimigos e completar missões. Cada atividade positiva completada dá ao jogador mais resiliência, que pode ser classificada como mental, social, emocional ou física de acordo com o que foi feito, como por exemplo: tomar água, movimentar-se, criar contato positivo com outras pessoas etc. O usuário também pode criar suas próprias atividades de acordo com suas necessidades e problemas que deseja superar, ver seu progresso para saber em qual nível está, quantas atividades já realizou, ver suas conquistas e aprender mais sobre como a ciência por trás do aplicativo pode ajudá-lo (Figura 26).

Figura 26 – Fluxograma do aplicativo SuperBetter



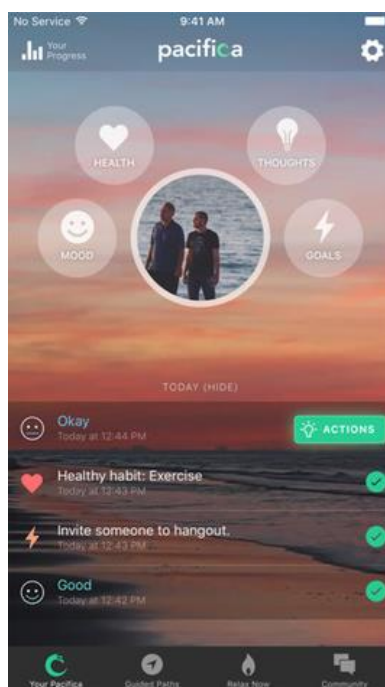
Fonte: Elaborado pela autora (2017).

4.1.10 Pacífica

Este aplicativo, criado pela Pacífica Labs Inc., apropria-se das técnicas de terapia cognitivo-comportamental e de atenção plena para criar ferramentas e atividades que podem auxiliar o usuário a gerenciar o estresse, a ansiedade e a depressão (Figura 27). Está disponível para *download* nas lojas de aplicativo do

Google e da Apple, e também pode ser utilizado diretamente do *website*. O aplicativo pode ser usado gratuitamente, mas existem *upgrades* que só podem ser acessados caso o usuário faça assinatura mensal ou anual, como novos caminhos, liberação de todas as atividades, criação de hábitos customizáveis etc.

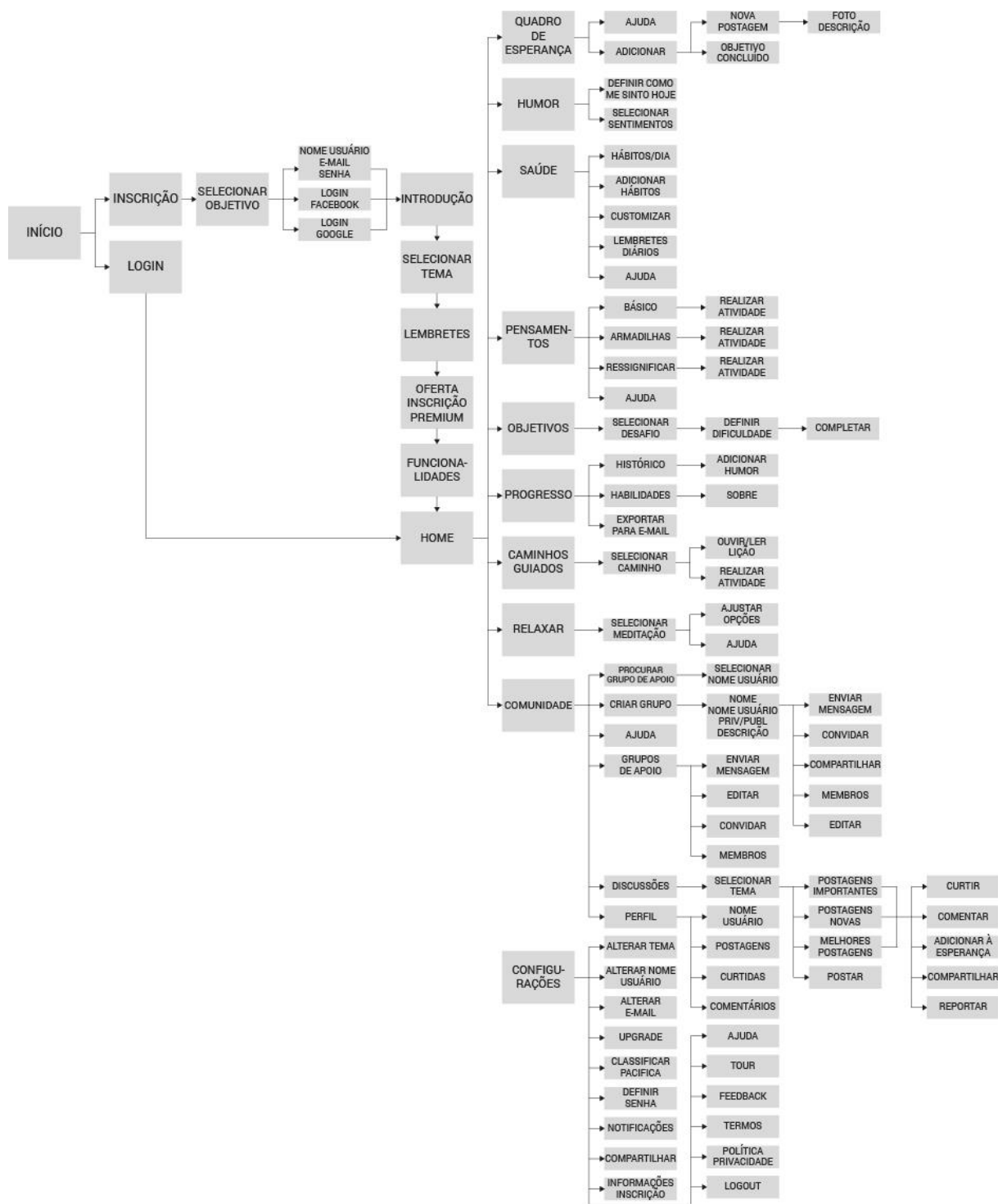
Figura 27 – Interface do aplicativo Pacifica



Fonte: App Store (2017).

Após realizar *login*, o usuário deve escolher qual tema gostaria de trabalhar no aplicativo e é avisado de que pode adquirir a conta *premium*. Logo nas primeiras interações com o aplicativo, o usuário recebe várias instruções de como utilizar melhor as funcionalidades disponíveis: definir humor, cuidar da saúde completando as metas definidas, realizar atividades para pensar positivo e definir objetivos a serem alcançados com a ajuda do serviço. Ainda, o usuário pode utilizar os caminhos guiados que lhe ensinarão técnicas para ajudá-lo a melhorar, aprender técnicas para relaxar e utilizar a comunidade para entrar em contato com outras pessoas que estão passando pelas mesmas dificuldades. Por fim, ele consegue acompanhar seu progresso e habilidades em evolução (Figura 28).

Figura 28 – Fluxograma do aplicativo Pacífica



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

4.2 Questionário

Para o desenvolvimento de um produto que será utilizado, é preciso saber para quem se está projetando, ou seja, conhecer o público-alvo do projeto. De acordo com

Garrett (2011), o *design* centrado no usuário inclui esse público nas etapas do projeto com o objetivo de compreender suas necessidades e expectativas em relação ao produto e garantir que sua experiência seja consistente, intuitiva e prazerosa, caso contrário o usuário terá grandes chances de procurar outra alternativa.

Uma das formas de se coletar dados e opiniões dos usuários é a aplicação de questionários. Se forem bem elaborados, podem obter respostas de um grande número de pessoas e permitir o aprofundamento dos assuntos relativos ao projeto. Os questionários *online* são particularmente eficientes para o alcance de muitos usuários em um curto período de tempo ou se estiverem afastados geograficamente (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013).

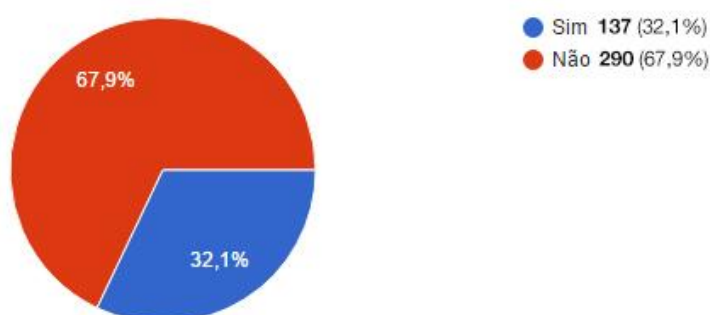
Desta forma, com o objetivo de conhecer melhor os possíveis usuários deste projeto, um questionário quantitativo *online* foi desenvolvido por meio do Google Forms e aplicado entre os dias 16 e 19 de maio de 2017, atingindo o total de 427 respondentes. Destas pessoas, 76,8% são do sexo feminino e 23,2% são do sexo masculino, sendo que a maior parte (43,1%) está entre os 20 e 29 anos de idade, seguida pelos que possuem entre 30 e 39 anos (19,4%) e os que têm idade entre 15 e 19 anos (18%). Quanto a escolaridade, 46,6% possuem Ensino Superior e 37,5% têm Ensino Médio completo.

Quando questionados se sabiam o que era depressão, 97,9% dos respondentes disse que sim, porém na questão seguinte que solicitava às pessoas que definissem depressão com suas próprias palavras, a grande maioria não conseguiu definir a doença com precisão, mas citou alguns dos sintomas, como desânimo, angústia, falta de vontade de fazer as coisas, sentimento de inutilidade etc., estando em concordância com os sintomas definidos pelo DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2002b), abordados no capítulo 2 deste trabalho. Aproximadamente 21% dos respondentes relacionou a depressão com as palavras “doença”, “distúrbio” e/ou “transtorno” e em torno de 27% das pessoas definiu depressão como tristeza ou tristeza profunda sem fazer a conexão com as palavras citadas anteriormente. Além disso, 12 pessoas citaram o suicídio relacionado à depressão. Algumas definições que surgiram foram: falta de fé, preguiça, sofrência [sic] exagerada, mau humor, fraqueza mental, estar no fundo do poço, estar sozinho em um oceano escuro, ter um leão nas

costas que come tudo de bom que a pessoa possui. Esses dados vão de encontro com as colocações da Organização Mundial da Saúde (2017a), citadas no capítulo 1 deste trabalho, as quais afirmam que o estigma sobre as doenças mentais ainda está presente na sociedade e mostram como é preciso falar sobre as mesmas e levar conhecimento para as pessoas.

Com a intenção de perceber a abrangência da depressão entre os respondentes, questionou-se quais deles já haviam sido diagnosticados com depressão e obteve-se 32,1% de respostas positivas, como mostra a Figura 29.

Figura 29 – Respondentes que já foram diagnosticados com depressão

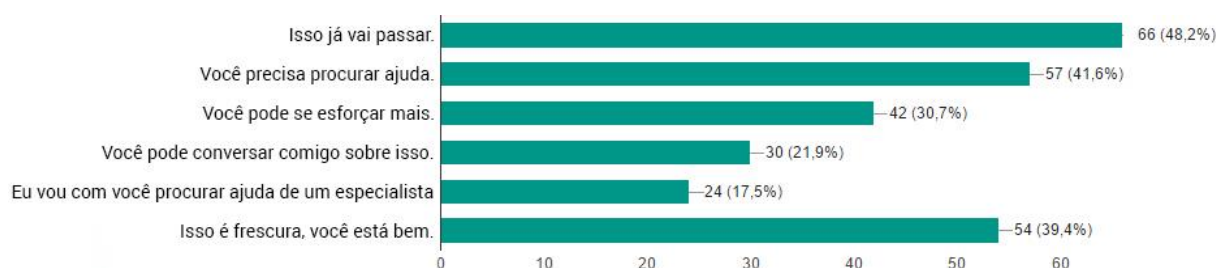


Fonte: Google Forms adaptado pela autora (2017).

Estas pessoas, devido a sua condição, foram redirecionadas para uma parte do questionário específica onde responderam questões sobre a sua relação com a sociedade. Entre elas, 68,6% fazem tratamento para a depressão e 61,3% falam abertamente sobre a sua doença com outras pessoas porque acreditam que assim estão ajudando a combater o estigma, levam informações sobre a doença para outros, ajudam quem está na mesma situação, mostram como é um assunto importante a ser tratado, e também para se justificarem frente aos seus conhecidos e pedirem ajuda e compreensão. As pessoas que ainda não falam sobre o assunto (38,7%) citam como motivos para isso a vergonha, o medo do preconceito, o fato de que as outras pessoas não entendem e não têm conhecimento sobre a doença e vão julgá-la, motivações estas que também são descritas no capítulo 1 de acordo com Mnookin et al. (2016). A Figura 30 mostra as respostas dos respondentes quando solicitado que estes selecionassem as frases que mais ouvem dos seus familiares, amigos e/ou companheiros em relação à depressão, podendo-se observar que, apesar de perceberem que algo está diferente na pessoa querida e indicarem que ela procure

ajuda, estas pessoas acabam julgando-a muito mais do que tentam compreendê-la ou ajudá-la.

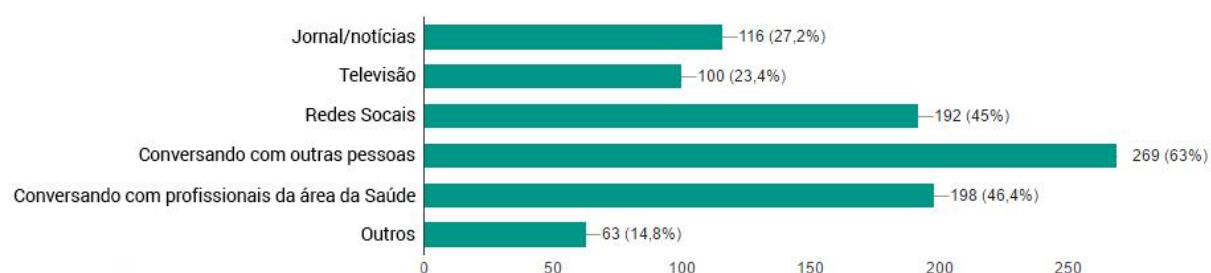
Figura 30 – Frases mais ouvidas pelas pessoas com depressão



Fonte: Google Forms adaptado pela autora (2017).

Após a finalização da seção específica para as pessoas com depressão, a totalidade dos respondentes continua o questionário respondendo se acreditam que as informações sobre depressão fáceis de entender e acessíveis à população são suficientes, dos quais 72,8% respondeu não, 14,8% acredita que sim e 12,4% não souberam opinar. Quando questionados de que forma ficam ou já ficaram sabendo mais informações sobre a depressão, a maioria respondeu que obtém conhecimento conversando com outras pessoas ou por meio das redes sociais, conforme mostra a Figura 31.

Figura 31 – Obtenção de informações sobre a depressão



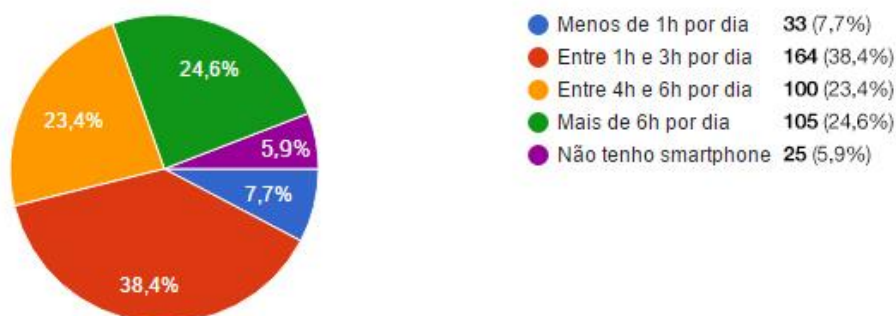
Fonte: Google Forms adaptado pela autora (2017).

Constatou-se que 88,3% das pessoas que responderam ao questionário gostariam de ter informações sobre depressão de maneira facilitada e de poder compartilhá-los com outras pessoas. Além disso, 96,5% afirmou que se estivesse mais informado ajudaria outros a compreender melhor a doença.

Para compreender a relação das pessoas com *smartphones* e aplicativos, uma segunda abordagem foi realizada dentro do questionário para a coleta de dados sobre o comportamento dos usuários e a utilização destas tecnologias. De acordo com a

Figura 32, a maior parte dos usuários (38,4%) utiliza o *smartphone* durante uma a três horas por dia. Também foi possível observar que 76,3% das pessoas acredita que o que elas compartilham nas redes sociais influencia as pessoas que estão ao seu redor.

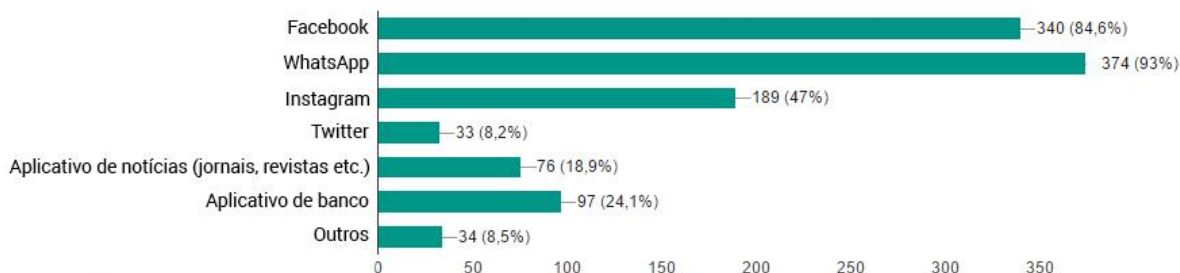
Figura 32 – Horas por dia dedicadas ao uso de *smartphone*



Fonte: Google Forms adaptado pela autora (2017).

Os respondentes que afirmaram não possuir *smartphones* foram encaminhados para a finalização do questionário a fim de que as questões subsequentes fossem respondidas apenas por pessoas que tem mais contato com essa tecnologia. Em relação aos aplicativos mais utilizados pelas pessoas, o Whatsapp ficou em primeiro lugar (93%) seguido pelo Facebook (84,6%), de acordo com a Figura 33.

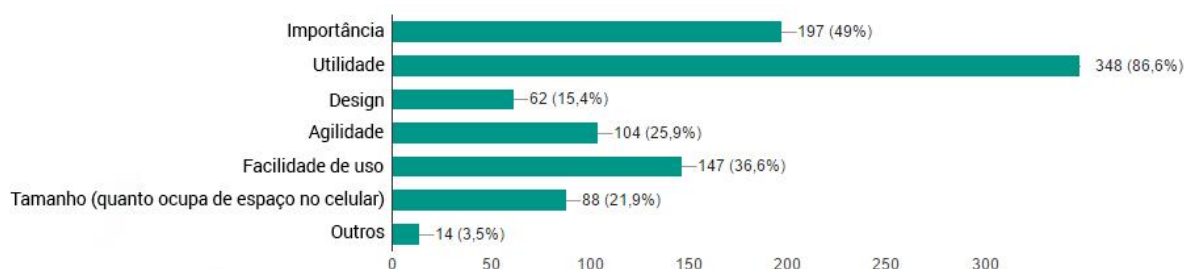
Figura 33 – Aplicativos mais utilizados



Fonte: Google Forms adaptado pela autora (2017).

Conforme a Figura 34, entende-se que ao se projetar um aplicativo é importante levar em consideração a utilidade, a importância e a facilidade de uso que ele terá para o usuário, pois estes foram os principais fatores apontados pelos respondentes que os influenciam a fazer o *download* e usar o produto. O resultado deste questionamento está em conformidade com as metas de usabilidade de Rogers, Sharp e Preece (2013) abordadas no capítulo 2 do trabalho.

Figura 34 – Fatores determinantes para *download* de um aplicativo



Fonte: Google Forms adaptado pela autora (2017).

4.3 Entrevista

Como forma de compreender a visão do profissional da saúde sobre a depressão e a forma como ela está conectada à sociedade e obter sua opinião sobre o uso da tecnologia e do *design* como ferramentas para a conscientização sobre a doença, foi desenvolvida uma entrevista *online* para a coleta de dados qualitativos que foi encaminhada por *e-mail* para cinco psicólogos e dois psiquiatras, profissionais que trabalham diariamente com as doenças mentais.

Os entrevistados (Figura 35) têm entre 34 e 52 anos e atuam no Vale do Taquari e região, sendo que alguns são professores na área da saúde.

Figura 35 – Psiquiatras e psicólogos entrevistados



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

O primeiro questionamento abordou a visão dos profissionais sobre a depressão e suas consequências para a sociedade. O psiquiatra 1 definiu depressão como um transtorno orgânico sistêmico que é herdado geneticamente e afeta a psique da pessoa, enquanto que o psicóloga 1 caracterizou-a como doença psíquica. Já a

psicóloga 2 definiu-a como transtorno psicológico que paralisa os desejos da pessoa e tira sua energia, em concordância com a psicóloga 3 que citou o mesmo sintoma, mas definiu a depressão como estado de sofrimento mental. O psiquiatra 2 descreveu-a como uma doença sistêmica de origem multifatorial e biopsicossocial, enquanto que a psicóloga 4 caracterizou como doença mental e a psicóloga 5 identificou a depressão como transtorno mental que pode ser leve ou grave e incapacita a pessoa. Todos os entrevistados entraram em consenso sobre as consequências da doença para a sociedade, citando o sofrimento da pessoa com depressão, a perda da qualidade de vida dela e de seus familiares, seu afastamento do trabalho, causando perda de produtividade, e gastos com o tratamento. Os dois psiquiatras também citaram o suicídio como um dos resultados de uma depressão não tratada e a psicóloga 5 comentou sobre a falta de conhecimento da sociedade e como isso amplia ainda mais todos estes prejuízos.

Quando questionados sobre a existência do estigma ligado à depressão, todos os profissionais afirmaram que ele ainda está presente na sociedade, a qual enxerga o doente como a causa da depressão, excluindo-o por estar fora do padrão de felicidade devido aos sintomas não serem facilmente identificados e visíveis, dando a impressão de que a doença não existe ou que é frescura e que a pessoa é relaxada ou só está dando uma desculpa para não realizar suas atividades, e tudo isso ocorre pelo fato de que a sociedade não tem conhecimento ou informação suficientes sobre a depressão. O psiquiatra 1 acredita que o preconceito está diminuindo, mas que a palavra “depressão” está banalizada, pois é usada para descrever o sentimento de tristeza e não como o nome da doença. Para o psiquiatra 2, os homens são os mais afetados pelo estigma, pois sentem que não podem ser fracos e acabam não buscando tratamento, podendo ser este um dos motivos para terem maior número de suicídios em relação às mulheres. A psicóloga 5 afirma que, muitas vezes, os próprios familiares da pessoa com depressão não acreditam que ela esteja doente, pois não existe um exame objetivo que possa comprová-la.

A pergunta seguinte tinha como objetivo compreender a importância da busca do tratamento da depressão com um profissional da saúde mental e todos os entrevistados frisaram que o tratamento é muito necessário. O psiquiatra 1 afirmou que, como a depressão é muito prevalente na população, a maior parte dos tratamentos da doença deve ser realizado por profissionais não-psiquiatras como os

médicos de cuidados primários em saúde e, em caso de não haver uma melhora, os casos devem ser encaminhados para psiquiatras. Os outros entrevistados concordaram que o paciente deve buscar ajuda com profissionais da saúde mental como forma de obter o tratamento adequado, que é, na maioria das vezes, um tratamento combinado entre medicamento e terapia, e precisa pensar seriamente sobre a doença e compreendê-la. A psicóloga 1 também comentou sobre a existência da terapia familiar como forma de tratamento e o psiquiatra 2 afirmou que o tratamento diminui as chances de a pessoa ter a doença novamente, além de evitar uma piora no quadro clínico e o aparecimento de outras doenças em função da depressão.

Quando questionados sobre a necessidade de familiares ou pessoas próximas de um depressivo também buscarem auxílio profissional, a opinião do psiquiatra 1 foi de que essas pessoas não precisam de auxílio profissional e sim de psicoeducação, que é realizada em poucos encontros com profissionais da saúde. A psicóloga 2 acredita que nem sempre o auxílio é necessário, já que o próprio paciente ajudará os que estão a sua volta. Os outros profissionais acreditam ser importante o acompanhamento profissional, principalmente para que as pessoas recebam orientação e informações quanto às condições do doente e possam ajudá-lo a superar a depressão.

A pergunta subsequente objetivou saber a opinião dos profissionais sobre o desenvolvimento de um aplicativo que pudesse ajudar a conscientizar as pessoas sobre a depressão, a qual a maioria dos entrevistados respondeu positivamente. A psicóloga 1, a psicóloga 2 e a psicóloga 5 gostaram da ideia e frisaram que toda ação que busque levar informação sobre as doenças mentais para a sociedade é válida. Os psiquiatras também consideraram a proposta interessante. As psicólogas 3 e 4 acreditam que não haverá adesão das pessoas, a primeira destacando que não acredita que a conscientização seja efetiva, pois informações sobre as doenças podem ser obtidas na internet. A psicóloga 2 afirmou, ainda, que o trabalho de desenvolvimento do aplicativo precisa ser baseado em muito estudo e sensibilidade ao apresentar o tema de forma a ser interessante, mas sem perder a seriedade.

Por fim, buscou-se coletar sugestões dos entrevistados quanto às funcionalidades do aplicativo, são elas: preenchimento dos critérios diagnósticos do DSM-IV e da CID-10 pelos pacientes; instrumentos de avaliação como o PHQ-9;

sugestões de locais de atendimento público e gratuito próximo ao depressivo; questionários de autoavaliação como o Inventário de Depressão de Beck; informações básicas que respondam às principais dúvidas das pessoas; diferenciação dos sintomas e dos tipos de depressão; quais funcionamentos ficam comprometidos na pessoa; ilustrações e tirinhas para exploração da temática; aviso para horário das medicações e psicoterapias; informações sobre os tratamentos disponíveis; afetivograma (registro de variação do humor em gráfico); explicação dos serviços de saúde mental e como acessá-los; acesso a um profissional para conversar; e estimular o compartilhamento de informações;

Esta entrevista agrega muito ao desenvolvimento do projeto, principalmente porque foi possível entender melhor como o profissional da área da saúde vê a depressão e a sua relação com a sociedade, perceber as diferenças entre o pensamento psicológico e psiquiátrico e obter opiniões embasadas nessas áreas sobre a proposta do aplicativo, buscando assim conectar o *design* e a saúde para obtenção de um resultado coerente com as necessidades do usuário.

4.4 Discussões

A partir da análise do levantamento de dados foi possível observar que a quantidade de pessoas com depressão neste trabalho, que totalizam 32,1% dos respondentes do questionário *online*, é maior se comparada aos valores apresentados no referencial bibliográfico, onde constatou-se que 4,4% da população mundial sofre com a depressão (WHO, 2017c) e 5,8% dos brasileiros são afetados pela doença (WHO apud G1, 2017). As hipóteses para este resultado podem ser o fato de que o questionário foi divulgado com o título “Pesquisa sobre depressão e aplicativo”, então ele acabou chamando a atenção de pessoas que têm uma conexão mais próxima com o assunto; e o fato de que a maioria dos respondentes se enquadra nos grupos propícios a desenvolver depressão: os adolescentes e jovens adultos, as mulheres com idade fértil e os idosos, constatação que está de acordo com a afirmação feita pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017b), citada na revisão bibliográfica.

Das pessoas com faixa etária de 15 a 19 anos, 19,48% afirmaram que já foram diagnosticadas com depressão e, destas, dois terços são mulheres. Já nas pessoas

com faixa etária de 20 a 29 anos a porcentagem aumenta, sendo que 27,7% confirmaram já ter recebido o diagnóstico e, entre elas, 74,5% são do sexo feminino. Nas faixas etárias de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos de idade, a porcentagem de pessoas já diagnosticadas é de 44,57%, 41,17% e 38,1% respectivamente, sendo que, somadas, mais de 90% delas são mulheres. Dos respondentes com idade acima de 60 anos, 57,14% foram diagnosticados com a doença e três quartos destes são do sexo feminino. Estes dados reiteram o fato de que as mulheres são mais vulneráveis ao desenvolvimento de depressão do que os homens, representando 81,75% do total de pessoas que, no questionário, afirmaram ter sido diagnosticadas com a doença. Também é possível inferir que a incidência da depressão aumenta dos adolescentes para os jovens adultos, diminui destes para as pessoas de meia idade e volta a subir entre os idosos.

Observou-se que, dentre todas as faixas etárias incluídas no questionário, não houve grande variação na relação entre falar abertamente sobre a depressão e a idade da pessoa. A análise apontou que também não existe grande diferença sobre essa questão entre homens e mulheres.

Percebe-se que, entre várias opções para obter mais informações sobre a depressão, 63% dos respondentes prefere conversar com outras pessoas e 45% busca informações nas redes sociais, o que demonstra a característica social do aplicativo, algo que deverá ser considerado no desenvolvimento do projeto.

Na proporção em que a idade aumenta nos respondentes, o tempo de uso dos *smartphones* diminui. A maioria dos adolescentes e dos jovens adultos costuma ficar mais de 6 horas utilizando o dispositivo, enquanto que para pessoas mais velhas o uso diminui, sendo que a maioria dos usuários com mais de 50 anos de idade utiliza o *smartphone* entre 1 hora e 3 horas por dia. Essa diferença pode ocorrer pela dificuldade de adaptação às novas tecnologias e aos *smartphones* por parte das pessoas com idade mais avançada, já que a internet surgiu no Brasil nos anos 90 e logo depois se expandiu e atingiu grande parte da população. Quase vinte anos depois, o mesmo ocorreu com a rede móvel e os *smartphones*, fazendo com que essas rápidas transições entre tecnologias tornassem ainda mais difícil a adaptação dessas pessoas.

A idade dos usuários também influencia nos fatores considerados relevantes no momento de fazer o *download* de um aplicativo. Os respondentes mais jovens são mais criteriosos na escolha dos aplicativos que vão utilizar, considerando a importância, a utilidade e o tamanho como fatores mais importantes. As pessoas com faixa etária de 15 a 19 anos também são os que mais consideram o *design* como fator determinante. A medida que a idade das pessoas aumenta, elas ponderam menos sobre os fatores, sendo que o *design* e o tamanho do aplicativo são os fatores com os quais menos se importam.

Em relação à entrevista *online* com profissionais das áreas da Psicologia e Psiquiatria, foi possível perceber que a maior parte dos entrevistados está de acordo com as declarações da Organização Mundial da Saúde (2017a) sobre a depressão e o estigma sobre a doença que ainda existe na sociedade. A maioria também acredita que é de extrema importância que o depressivo busque tratamento com profissionais da saúde mental e que sua família e pessoas próximas precisam ser educadas e informadas sobre a doença a fim de tornarem-se um grupo de apoio que saberá como ajudar o doente.

5 LISTA DE REQUISITOS

Para Garrett (2011), o Plano de Escopo é a parte do projeto onde as necessidades dos usuários e os objetivos do produto são transformados em requisitos específicos de conteúdos e funcionalidades que servirão de guia para o desenvolvimento do projeto.

O conjunto de requisitos é estabelecido por meio da compreensão dos usuários e suas necessidades obtidas com coleta de dados, análises e interpretações. Esse processo é muito importante porque nele é possível prevenir erros e problemas ainda durante a fase de desenvolvimento e definir quais serão corrigidos imediatamente e quais serão resolvidos posteriormente, além de poder ajustar os requisitos conforme as necessidades do projeto (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013). De acordo com Garrett (2011), é nesta fase que ocorre a descrição do que será abordado e também do que não fará parte do projeto, pois dessa forma é possível perceber com clareza os objetivos e saber quando foram atingidos. Para garantir que todas as informações necessárias serão lembradas, o autor sugere que os requisitos sejam registrados de forma que fiquem bem organizados. Portanto, os requisitos deste trabalho são organizados e apresentados na Figura 36.

Figura 36 – Relação entre necessidades do usuário, requisitos e experiência do usuário

NECESSIDADES	REQUISITOS DE CONTEÚDO	REQUISITOS DE FUNCIONALIDADE	EXPERIÊNCIA
Encontrar conteúdos sobre depressão rapidamente e facilmente.	Disponibilizar informações de forma direta e resumida.	Adoção de recursos visuais, menus, ícones.	Fácil entendimento e leitura.
	Apresentar possibilidades de caminhos a serem seguidos.	Filtros para fácil identificação de conteúdos, itens relacionados.	Engajamento.
	Permitir alternativas.	Recurso de busca.	Suporte.
	Permitir personalização.	Lista de favoritos do usuário.	Personalização e facilidade de uso.
	Permitir encontrar mais serviços de ajuda.	Lista de <i>sítes</i> , locais, contatos importantes, compartilhamento.	Suporte.
Aprender de forma simplificada, prática e com otimização de tempo.	Apresentação do conteúdo de forma compreensível e dinâmica.	Emprego de diferentes mídias e formas de apresentação dos conteúdos.	Qualidade e versatilidade.
Estar em um ambiente de apoio seguro.	Promover segurança dos usuários.	Recurso de denúncias e sistema de verificação para conteúdos.	Segurança e suporte.
Estar atualizado de forma eficiente.	Promover suporte e atualizações conforme necessário.	Atualização de <i>software</i> e botões de ajuda.	Integração e suporte.
	Promover atualizações de conteúdos e conversas em tempo real.	Sistema de notificações.	Integração e suporte.
	Permitir cadastramento de terapias marcadas.	Lembretes para terapias.	Integração e suporte.
Estar engajado com a aprendizagem.	Mostrar benefícios adquiridos com a aprendizagem de novos conteúdos.	Sistema de recompensas.	Participação e engajamento.
	Permitir o pertencimento do usuário no sistema.	Submissão de comentários e experiências.	Participação.
	Permitir questionamentos e dúvidas.	Envio de perguntas e lista de perguntas frequentes.	Integração e suporte.
	Qualificar os conteúdos.	Recurso de qualificação.	Qualidade.
Engajar outras pessoas.	Promover o compartilhamento dos conteúdos, interação de outras pessoas.	Recursos de compartilhamento em outras plataformas e convites.	Participação e engajamento.
Contato com outros usuários.	Espaço com informações pessoais.	Perfil do usuário.	Identificação.
	Espaço para conversas e postagens.	Recursos de mensagens e grupos.	Participação.
	Permitir apoio a outros usuários.	Recursos de interação para auxiliar outras pessoas.	Integração e engajamento.
Contato com profissionais da área da saúde.	Permitir conversa para direcionamentos básicos.	Recurso de mensagens.	Suporte.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Os diferenciais do aplicativo em relação aos similares serão a forma de apresentação do conteúdo, que deverá ser de fácil compreensão e dinâmica, a

classificação dos conteúdos pelo usuário por meio de um recurso de qualificação cuja intenção é manter as informações em constante atualização e aprimoramento, o compartilhamento de informações de forma facilitada para maior engajamento das pessoas e o sistema de notificações sobre conteúdos relevantes para o usuário e lembretes de terapias marcadas.

Desta forma, o aplicativo deverá estar adequado às necessidades e expectativas dos usuários e de acordo com os objetivos definidos neste trabalho.

6 ETAPA CRIATIVA

Nesta etapa, que abrange as partes estrutural e criativa do trabalho, foram desenvolvidas a identidade visual do aplicativo e o *layout* das telas baseado na criação do diagrama e do *wireframe* do projeto. Como afirmam Mozota, Klöpsch e Costa (2011), o *design* de interface, ou *design* de experiência, é o processo no qual a forma, ou estética, deixa uma impressão na mente das pessoas e permite o acesso à informação, assim sendo, o *design* contribuirá para gerar uma experiência positiva no usuário e permitirá que ele obtenha informações sobre depressão de forma facilitada, contribuindo, assim, para o fim do preconceito em relação à doença.

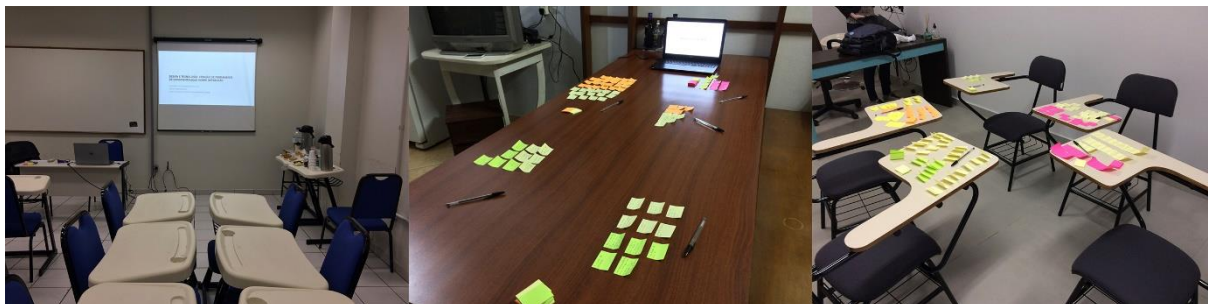
6.1 Moodboard

Para Costa (2011), a identidade de marca começa a ser planejada primeiramente pela imagem mental, ou seja, pelo significado que ela terá para o público, as sensações e emoções que irá gerar, e só depois são abordados o *design* gráfico, o logotipo, os símbolos, as cores e a tipografia. Desta forma, para aprofundar e refletir sobre os assuntos relacionados ao projeto e para dar continuidade ao desenvolvimento da etapa criativa, percebeu-se que o uso da ferramenta *moodboard* poderia ser muito relevante, pois gera inspiração para o *designer* e permite o diálogo entre as pessoas envolvidas no processo (McDONAGH; DENTON apud FEDERIZZI et al., 2017).

Com o objetivo de coletar dados para o desenvolvimento do *moodboard*, e também para compreender com mais profundidade as percepções dos usuários quanto à depressão, à internet e aos aplicativos de celular, foi elaborada uma

apresentação (APÊNDICE C), com referências visuais e perguntas sobre os assuntos, que foi aplicada em três diferentes grupos: *designers*, psicólogos e possíveis usuários. Cada grupo foi formado por cinco participantes cujas idades variaram entre 18 e 60 anos e a atividade foi realizada nas cidades de Lajeado e Teutônia, Rio Grande do Sul, em três momentos distintos (Figura 37 - Registros fotográficos das atividades).

Figura 37 - Registros fotográficos das atividades

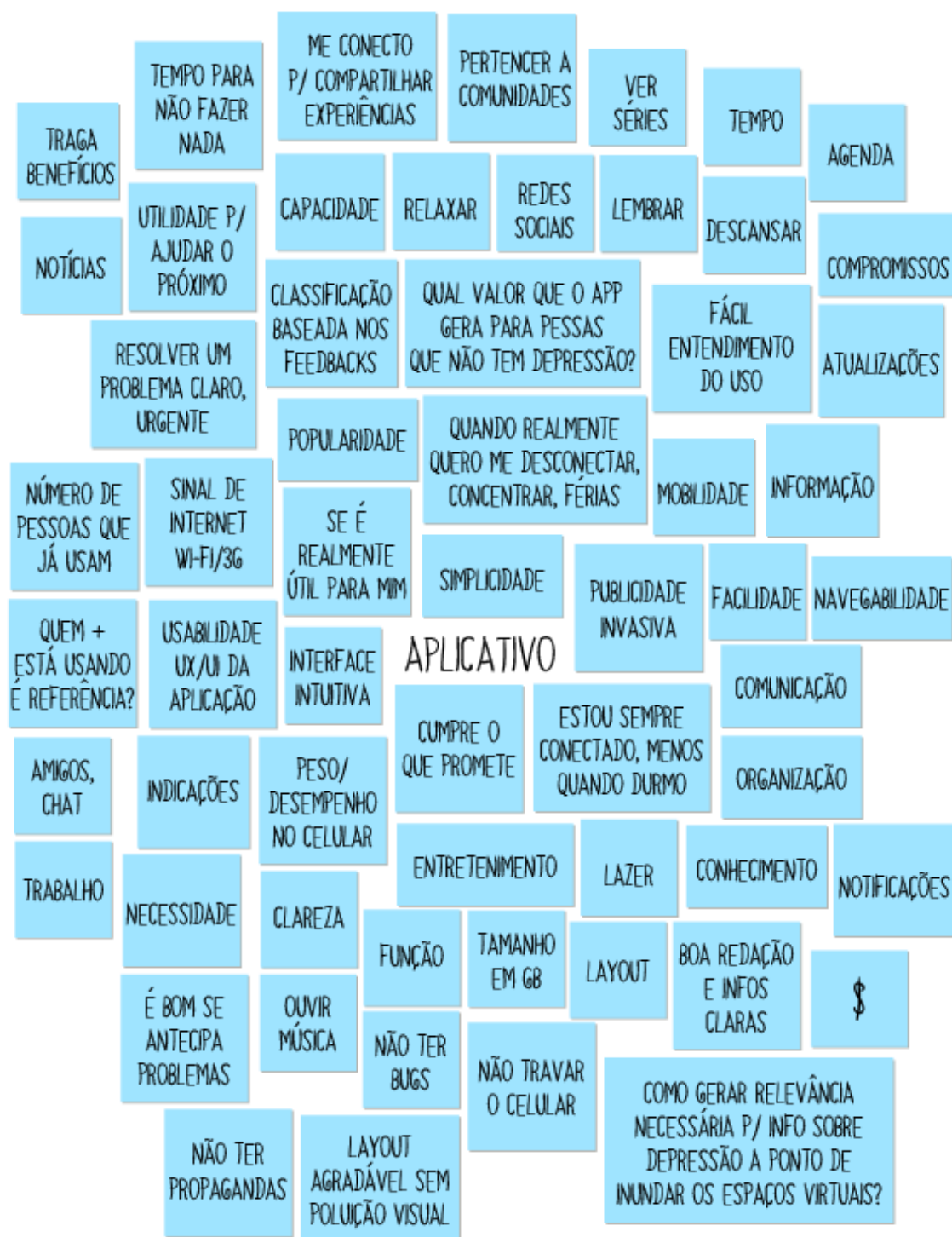


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Cada participante teve três minutos para responder a cada pergunta e foi orientado a escrever suas respostas em lembretes autoadesivos (*post-its*), ferramenta que permite a movimentação dos blocos de informação para criar muitas possibilidades de combinações e interações (SIBBET, 2013). Em seguida, os lembretes foram colocados em um painel para melhor visualização das funcionalidades e aspectos visuais e emocionais destacados como relevantes por cada grupo em relação aos assuntos abordados.

O primeiro grupo a realizar a atividade presencial foi o dos *designers*, formado por profissionais graduados em *Design*. As respostas deste grupo referentes à depressão geraram o painel representado na Figura 38. Já as respostas sobre aplicativos de celular estão expostas no painel demonstrado na Figura 39.

Figura 39 - Grupo dos *designers*: painel de respostas sobre aplicativos de celular



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

O segundo grupo a realizar a atividade presencial foi o de possíveis usuários, composto por pessoas cujas profissões não estão ligadas ao *Design* ou à Psicologia. Os painéis elaborados com as respostas sobre depressão e aplicativo de celular estão representados nas Figura 40 e Figura 41, respectivamente.

Figura 40 - Grupo dos possíveis usuários: painel de respostas sobre depressão



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Figura 41 - Grupo dos possíveis usuários: painel de respostas sobre aplicativos de celular



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

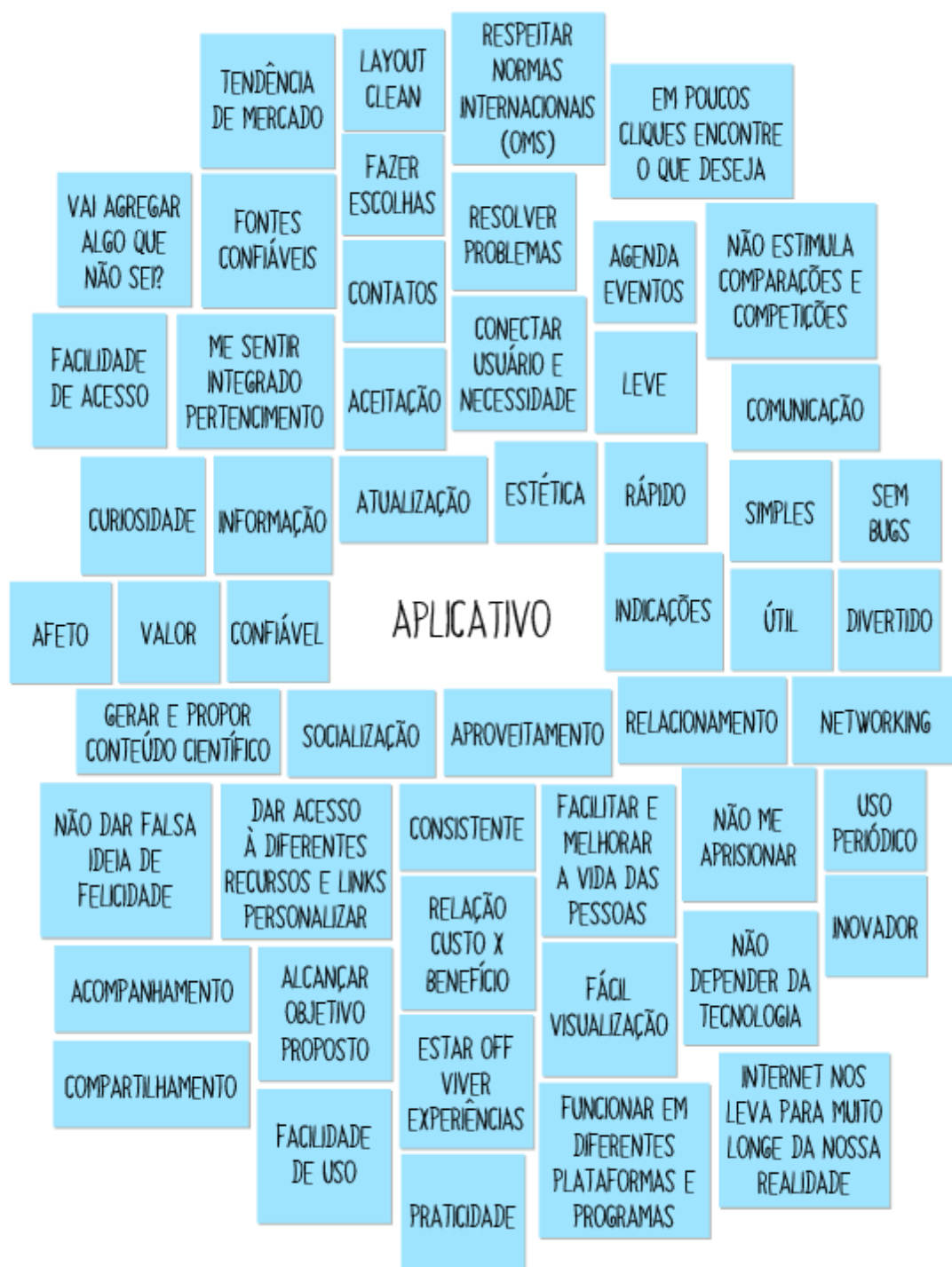
O grupo dos psicólogos foi o terceiro e último a realizar a atividade presencial. Ele era formado por profissionais graduados em Psicologia. As respostas geraram painéis sobre a depressão (Figura 42) e aplicativos de celular (Figura 43).

Figura 42 - Grupo dos psicólogos: painel de respostas sobre depressão



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Figura 43 - Grupo dos psicólogos: painel de respostas sobre aplicativos de celular



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Os conceitos mais relevantes e que apareceram com mais frequência foram filtrados e foram desenvolvidos dois novos painéis sobre depressão (Figura 44) e sobre aplicativos de celular (Figura 45). A partir destes novos painéis, foi possível montar um painel visual.

Figura 44 - Filtro dos painéis sobre depressão



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Figura 45 - Filtro dos painéis sobre aplicativos de celular



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Após a pesquisa realizada, foi possível ter uma maior percepção emocional e visual de cada grupo em relação à depressão e aos aplicativos de celular, além de compreender suas expectativas em relação às funcionalidades do aplicativo. Levando em consideração os dados coletados, foi desenvolvido o *moodboard* do projeto (Figura 46), que irá guiar a criação da identidade visual e do *design* do aplicativo. Nele, foram retratados os conceitos levantados nos painéis desenvolvidos durante a pesquisa com os grupos: solidariedade, conexão, empatia, informação, comunicação e simplicidade.

Figura 46 - *Moodboard* desenvolvido a partir dos painéis



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

6.2 Identidade visual

Para Mozota, Klöpsch e Costa (2011, p. 126), a marca se caracteriza como “um conjunto de percepções que são direcionadas por comunicações e experiências. É um signo distintivo, um símbolo e uma fonte de valor agregado”. Portanto, a fim de produzir uma marca que possa transmitir valor para o usuário, neste subcapítulo estão descritas as etapas realizadas para o desenvolvimento da identidade visual do aplicativo.

A primeira etapa foi a definição do *naming*, que deve ser fácil de lembrar e de pronunciar, ser agradável e representar o conceito do projeto (WHEELER, 2008). Para isso, foram coletadas palavras-chave que foram utilizadas na geração de alternativas do *naming* do aplicativo por meio de um questionário qualitativo e também a partir da pesquisa para o desenvolvimento do *moodboard*.

O questionário qualitativo *online* foi realizado por meio do Google Forms entre os dias 5 e 9 de outubro de 2017, atingindo o total de 45 respondentes, e teve como

objetivo perceber como as pessoas que já tiveram depressão se sentiram no momento em que souberam que haviam superado a doença. Por meio de uma pergunta, foi solicitado a estas pessoas que definissem este momento em poucas palavras, e as respostas obtidas geraram a lista apresentada na Figura 47.

Figura 47 - Lista de palavras obtidas com a pesquisa sobre superação da depressão

LISTA DE PALAVRAS		
Ajuda x2	Disposição	Novos tempos
Alegria x2	Energia positiva	Orgulho
Alívio x10	Entusiasmo	Paz x2
Amizade x4	Esperança x2	Psicóloga
Amor	Esportes	Respirar x2
Apreciar emoções	Família	Seguro
Aprendizado	Fé x5	Sentir-se leve
Ar	Felicidade	Ser útil
Bem-estar	Força x4	Sucesso
Carinho	Gratidão	Superação x4
Compaixão	Liberdade x5	Tempo
Controle	Luta	Tranquilidade
Coragem	Luz	Vazio
Desafios	Medo (retorno da doença) x3	Vida x2
Determinação	Mente sadia x2	Vitória

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

A partir desta lista foi possível obter palavras relevantes e positivas que possuem relação com a superação da depressão e que também estão ligadas com alguns dos objetivos do projeto.

Unindo estas palavras às palavras obtidas na pesquisa para o desenvolvimento do *moodboard*, foi feito um filtro para se chegar as palavras-chave mais frequentes e relevantes para o projeto. Em seguida, foi realizada a geração de alternativas de *naming* para o projeto e definida a melhor alternativa para o desenvolvimento do logotipo do aplicativo (Figura 48). Os principais requisitos para a escolha foram a facilidade de pronúncia do nome, ser uma palavra em português, não utilizar a palavra depressão de forma negativa e ter significado intrínseco com a proposta do aplicativo e seus objetivos a serem alcançados.

Figura 48 - Processo de geração de alternativas de *naming*

PALAVRAS-CHAVE	ALTERNATIVAS	MELHOR ALTERNATIVA
Solidariedade Força Ajuda Amizade Informação Conexão Conversa Luz Alívio Liberdade Superação Esperança	Despertar Lume Redeprê Depreshare Farol LIDE (Lidando com a Depressão) GUIDE (Guia sobre Depressão)	Farol

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

O *naming* selecionado foi Farol por representar com plenitude o objetivo do aplicativo de informar as pessoas sobre a depressão, servindo como um guia de conhecimento através da escuridão, esclarecendo suas dúvidas para a compreensão da doença.

De forma a gerar uma identidade visual que represente o significado do aplicativo para os usuários e respeite os conceitos definidos anteriormente: solidariedade, conexão, empatia, informação, comunicação e simplicidade, foi realizado um painel de inspiração com marcas existentes que possuem conexão com a depressão (Figura 49), com os objetivos de compreender de que forma são apresentadas ao público e quais símbolos, cores e tipografias já são utilizadas.

Figura 49 - Painel de inspiração de marcas



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

As marcas apresentadas são bastante diferentes entre si, porém algumas possuem a cor azul em sua composição e a maioria utiliza cores vibrantes e fontes sem serifa.

Em seguida, partiu-se para a geração de alternativas de marca para o aplicativo de forma manual, desconsiderando cores e focando na representação tipográfica e visual dos elementos. Também foi realizado um esquema com as palavras-chave para observar o caminho da pessoa com depressão até a superação da doença a fim de auxiliar no desenvolvimento criativo (Figura 50).

Figura 50 - Geração de alternativas da marca



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

A partir da geração de alternativas manual, foi feito o refinamento digital das propostas utilizando o *software* Adobe Illustrator para visualização mais clara das mesmas e posterior escolha da melhor solução (Figura 51).

Figura 51 - Refinamento das alternativas da marca



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

A fim de diferenciar a tipografia a ser utilizada na marca da tipografia escolhida para a interface do aplicativo, a qual se denomina Source Sans Pro e está apresentada separadamente no item 6.3.3 deste trabalho para fins de organização do conteúdo, foi feita uma seleção para definir uma fonte que estivesse em harmonia tanto com o símbolo da marca quanto com a fonte utilizada na interface. As fontes selecionadas foram retiradas do Google Fonts, *site* que fornece fontes de forma gratuita para uso e *download*. Desta forma, foi realizado um filtro onde foram escolhidas as duas melhores opções para teste de pareamento com a fonte Source Sans Pro e percebeu-se que a

fonte Varela Round foi a que melhor se enquadrou nos requisitos, sendo selecionada como melhor alternativa, como mostra a Figura 52.

Figura 52 - Alternativas de fonte para a marca

ALTERNATIVAS DE FONTES PARA O LOGOTIPO	TESTE DE PAREAMENTO COM A FONTE SOURCE SANS PRO		
Farol Asap	Source Sans Pro	Asap	Varela Round
Farol Comfortaa			
Farol Dosis	Farol	Farol	Farol
Farol Nunito	orientando sobre a depressão	orientando sobre a depressão	orientando sobre a depressão
Farol Quicksand			
Farol Signika Negative			
Farol Varela Round			

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Após a geração de alternativas, foi selecionada a melhor solução para a marca do aplicativo, unindo símbolo e tipografia, mostrada na Figura 53. O símbolo desenvolvido teve influência do aplicativo Apponym, que aparece na análise de similares (item 4.1 deste trabalho) e de sua marca mostrada no painel de inspiração de marcas, além da influência dos *emoji*¹⁵, pois simboliza alegria e felicidade. Também representa um farol iluminando em meio ao mar, unindo os conceitos definidos e os sentimentos da pessoa que pode continuar seu caminho até a superação e da pessoa que pode ajudá-la no compartilhamento de informações para o fim do estigma. A identidade visual foi pensada para ser facilmente identificável e ter boa aplicação na *web* e em dispositivos móveis, podendo inclusive ser utilizada como ícone.

¹⁵ “Emoji são pictogramas (símbolos pictóricos) tipicamente apresentados de forma colorida e usados nos textos em linha. Eles representam coisas como rostos, clima, veículos e edifícios, alimentos e bebidas, animais e plantas, ou ícones que representam emoções, sentimentos ou atividades” (UNICODE INC., 2017, tradução nossa).

Figura 53 - Apresentação monocromática da melhor alternativa da marca



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Em relação a paleta de cores, com base no *moodboard* e no painel de inspirações de marcas já existentes, definiu-se que as cores principais da marca e do aplicativo seriam dois tons de azul. Em seguida, algumas opções foram selecionadas e foram feitos testes de aplicação na marca filtrando as três melhores alternativas, como demonstrado na Figura 54.

Figura 54 - Geração de alternativas da paleta de cores da marca



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Também foram realizados testes de cor com os *wireframes* do aplicativo no item 6.3.3 deste trabalho, a fim de verificar a legibilidade e o contraste que as cores teriam quando aplicadas e legitimar a escolha.

Analisando tanto os testes de aplicação de cor na marca quanto nos *wireframes*, a terceira alternativa de cor foi a escolhida para compor a paleta de cores da marca e do aplicativo, sendo também escolhidos dois tons de cinza como cores auxiliares, importantes na composição final da interface do aplicativo (Figura 55).

Figura 55 - Paleta de cores da marca e do aplicativo

PRINCIPAIS		AUXILIARES	
C 90 M 76 Y 0 K 0 R 62 G 0 B 255 HEX #3E00FF	C 65 M 0 Y 1 K 0 R 0 G 207 B 255 HEX #00CFFF	C 78 M 68 Y 61 K 86 R 22 G 22 B 22 HEX #161616	C 64 M 54 Y 52 K 52 R 71 G 71 B 71 HEX #474747

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Por fim, na Figura 56 a marca principal é apresentada já com as cores aplicadas e na Figura 57 é mostrada uma alternativa que será utilizada no intuito de trazer mais informação sobre o que é o aplicativo para pessoas que ainda não o conhecem em momentos importantes, como na tela de início do mesmo ou em divulgações.

Figura 56 - Marca do aplicativo



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Figura 57 - Marca do aplicativo com frase de apoio



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

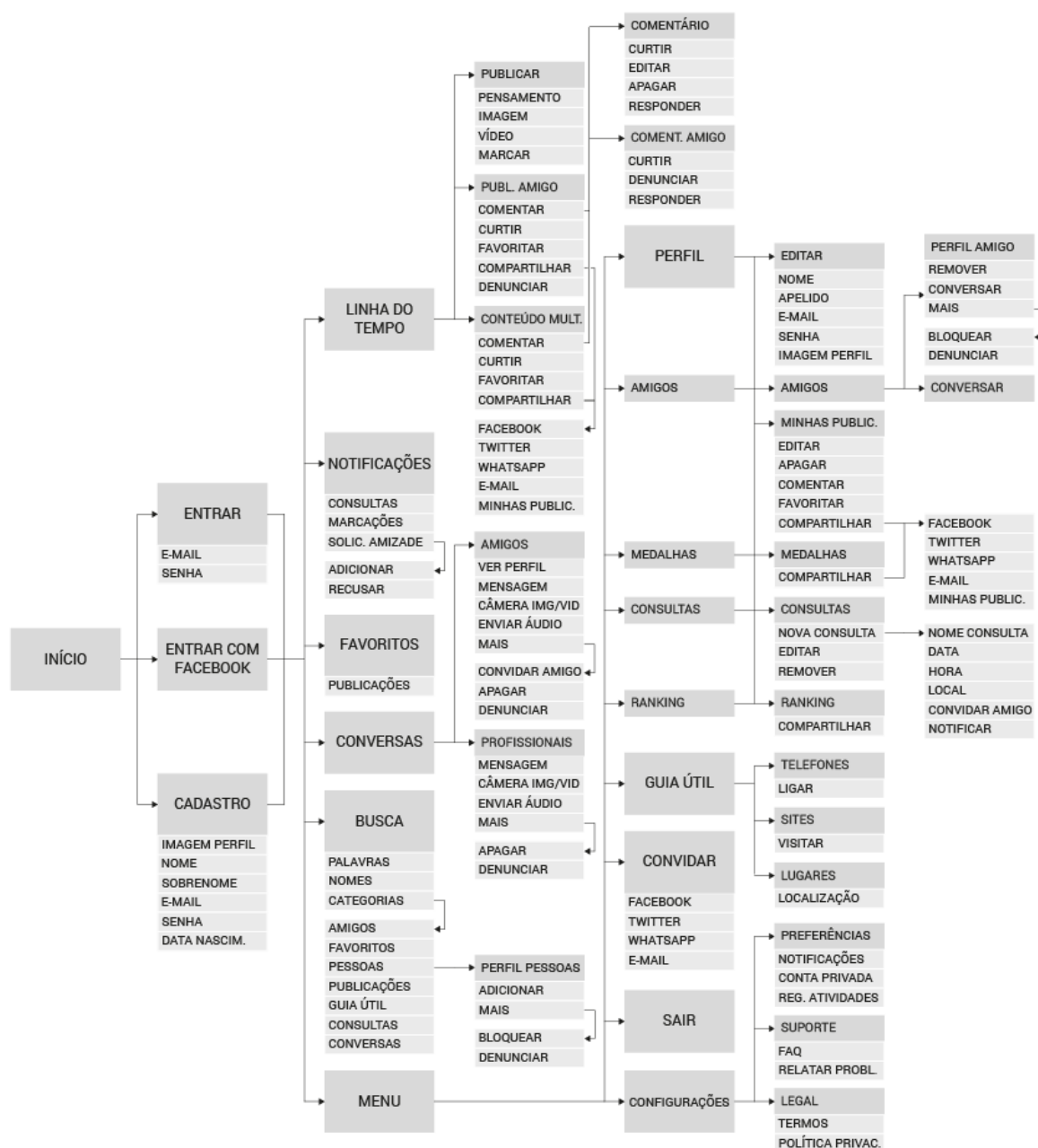
6.3 *Design* do aplicativo

Levando em consideração as pesquisas realizadas e os requisitos de conteúdo e visuais, foi possível dar continuidade ao projeto com o desenvolvimento do diagrama de arquitetura e dos *wireframes*, a definição do *design* visual e a criação das telas finais do aplicativo.

6.3.1 Diagrama de arquitetura

A parti do Levantamento de Dados descrito no item 4 e da Lista de Requisitos elaborada no item 5 deste trabalho, foi desenvolvido o diagrama de arquitetura do aplicativo (Figura 58) considerando o *design* de interação e o conteúdo necessários.

Figura 58 - Diagrama do aplicativo

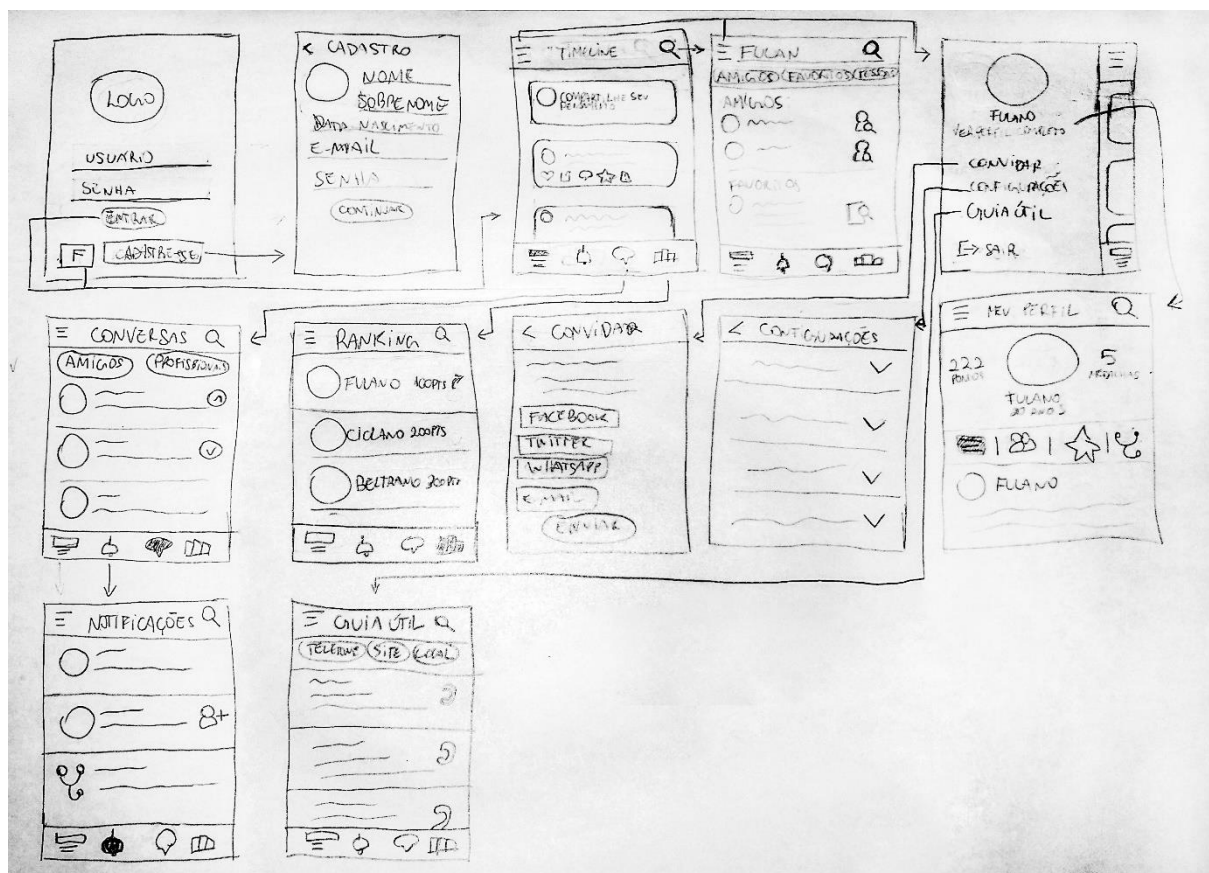


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

6.3.2 Wireframes

De acordo com Garrett (2011), os *wireframes* são parte importante do projeto, pois é nesta fase que a arquitetura da informação e o *design* visual se unem. Neles, é feita a organização e definidas as interações dos elementos e telas do aplicativo. Neste trabalho, os *wireframes* foram desenvolvidos primeiramente de forma manual, como mostra a Figura 59.

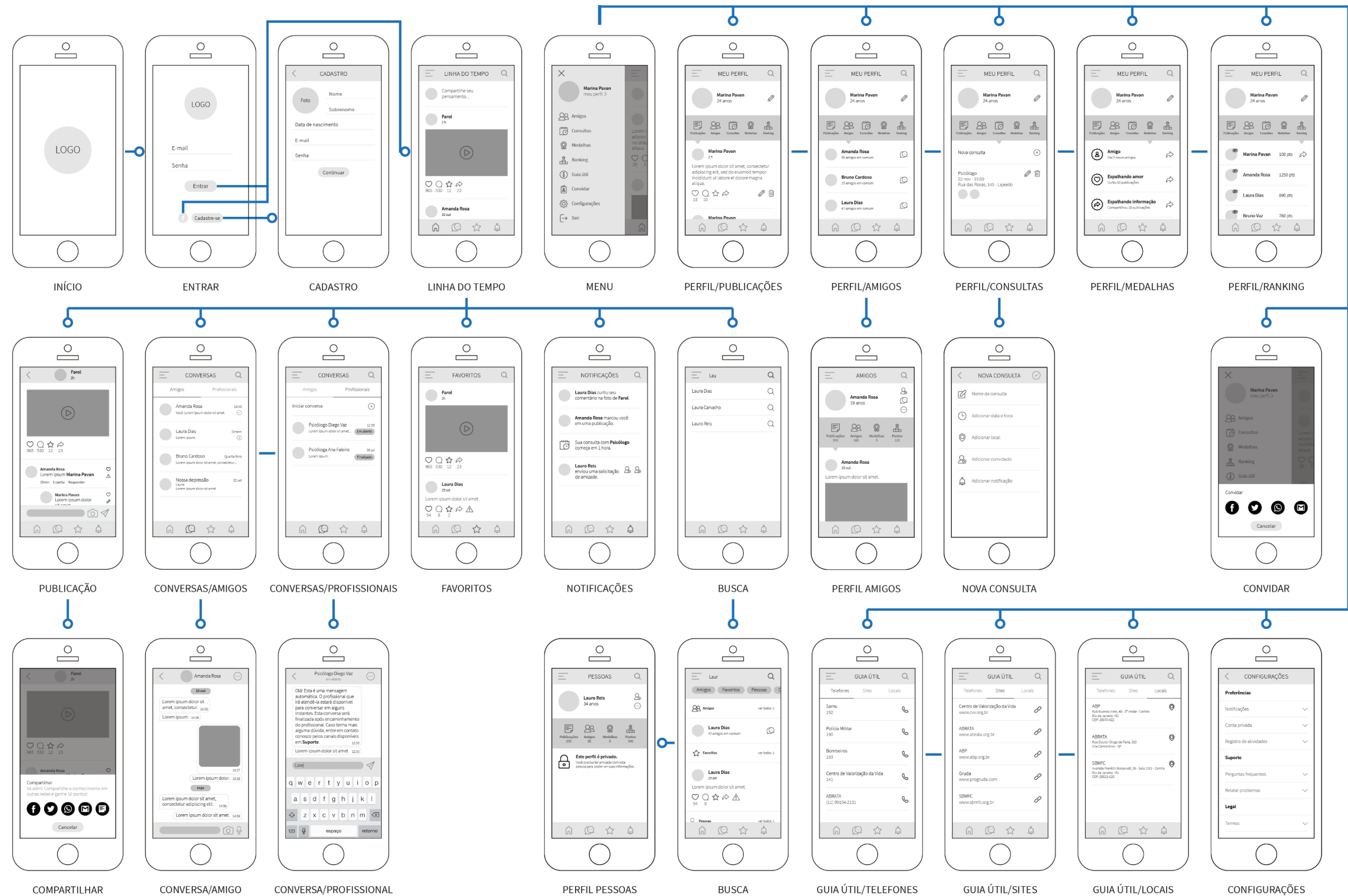
Figura 59 - Wireframes desenvolvidos manualmente



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Em seguida, os *wireframes* foram criados digitalmente no software Adobe Illustrator (Figura 60) para melhor visualização dos elementos e interações. Durante este processo, algumas alterações foram feitas em relação aos *wireframes* feitos de forma manual e, observando as telas finais do aplicativo no item 6.3.4 deste trabalho, também é possível perceber que outros ajustes ainda precisaram ser feitos para finalização do projeto e cumprimento dos objetivos propostos.

Figura 60 - Wireframes desenvolvidos em software



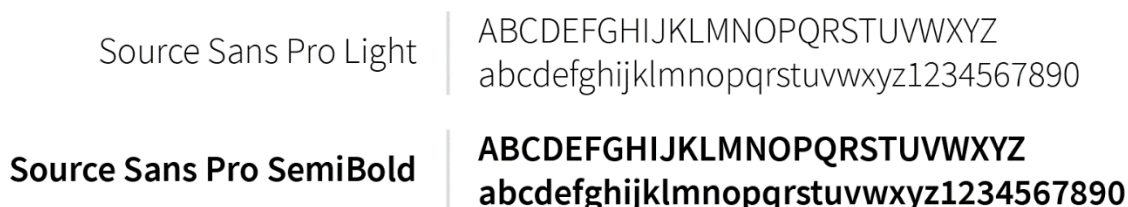
Fonte: Elaborado pela autora (2017).

6.3.3 *Design visual*

O *design* visual do aplicativo é o aspecto do projeto com o qual os usuários terão o primeiro contato e é onde o conteúdo, a função e a estética são unidos para gerar satisfação e cumprir os objetivos definidos (GARRETT, 2011). Neste trabalho, serão apresentados a escolha da tipografia, dos ícones e das cores do aplicativo e a uniformização e caracterização dos elementos.

O primeiro passo foi a definição da tipografia do aplicativo, a qual deveria apresentar clareza e legibilidade quando utilizada no aplicativo. Para isso, dois estilos da família tipográfica Source Sans Pro, desenvolvida pelo *designer* Paul D. Hunt para o Google Fonts e disponibilizada gratuitamente para uso e *download*, foram selecionados em função da família tipográfica ter sido projetada especialmente para uso em interfaces do usuário (GOOGLE FONTS, [s.d.]) (Figura 61).

Figura 61 - Dois estilos da família tipográfica Source Sans Pro escolhidos para a interface do aplicativo



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Em seguida foram definidos os ícones utilizados na interface do aplicativo. Estes elementos são importantes porque ajudam o usuário a entender onde ele se encontra e para onde ele pode ir por meio de informações simplificadas, o que Garrett (2011) denomina *wayfinding*. Os ícones selecionados para o aplicativo, mostrados na Figura 62, foram baixados do site FlatIcon, o qual permite o uso de seus recursos de forma gratuita, adaptados pela autora e agrupados por semelhança com o objetivo de auxiliar o usuário na navegação por meio do uso de símbolos fáceis de compreender.

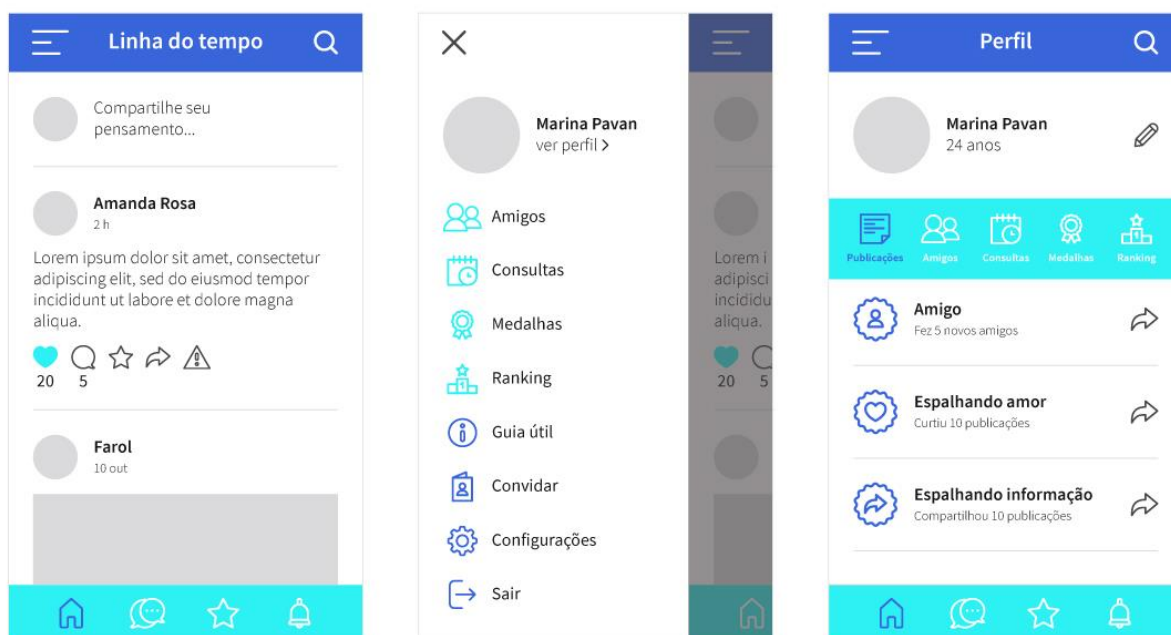
Figura 62 - Ícones utilizados no aplicativo



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Com relação à paleta de cores, como já citado no item 6.2 deste trabalho, além de realizar a geração de alternativas de cores com a marca, também foram feitos testes para análise de contraste e legibilidade utilizando as três melhores opções mostradas na Figura 54 com os *wireframes* iniciais do aplicativo, a fim de legitimar a escolha da paleta, a qual foi aplicada tanto na marca quanto no aplicativo. Na primeira alternativa, apresentada na Figura 63, verificou-se que o azul mais claro utilizado estava em conflito com o branco devido ao contraste e os elementos da interface estavam muito poluídos, tirando o foco principal do texto, portanto esta opção foi descartada.

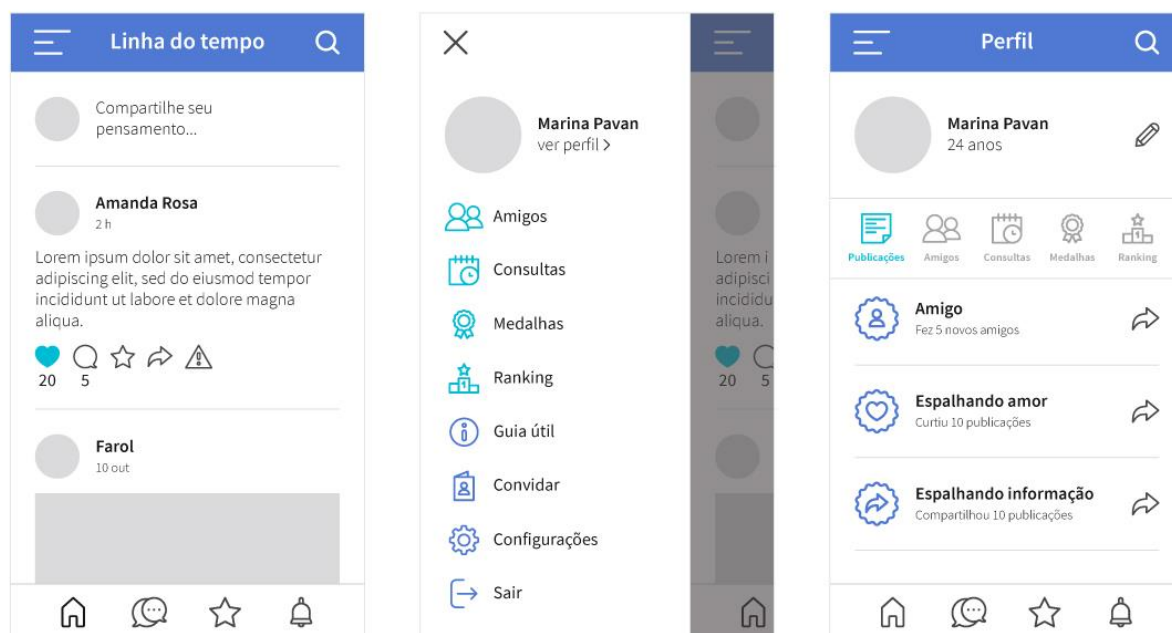
Figura 63 - Primeira alternativa de teste de cor na interface do aplicativo



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Em seguida, foram utilizados dois tons de azul menos vibrantes e mais claros para teste e eles foram usados em menos elementos. Percebeu-se que houve falta de contraste entre as os azuis e as cores auxiliares, diminuindo a possibilidade de destacar elementos importantes na interface, como mostra a Figura 64. Desta forma, esta opção também foi descartada.

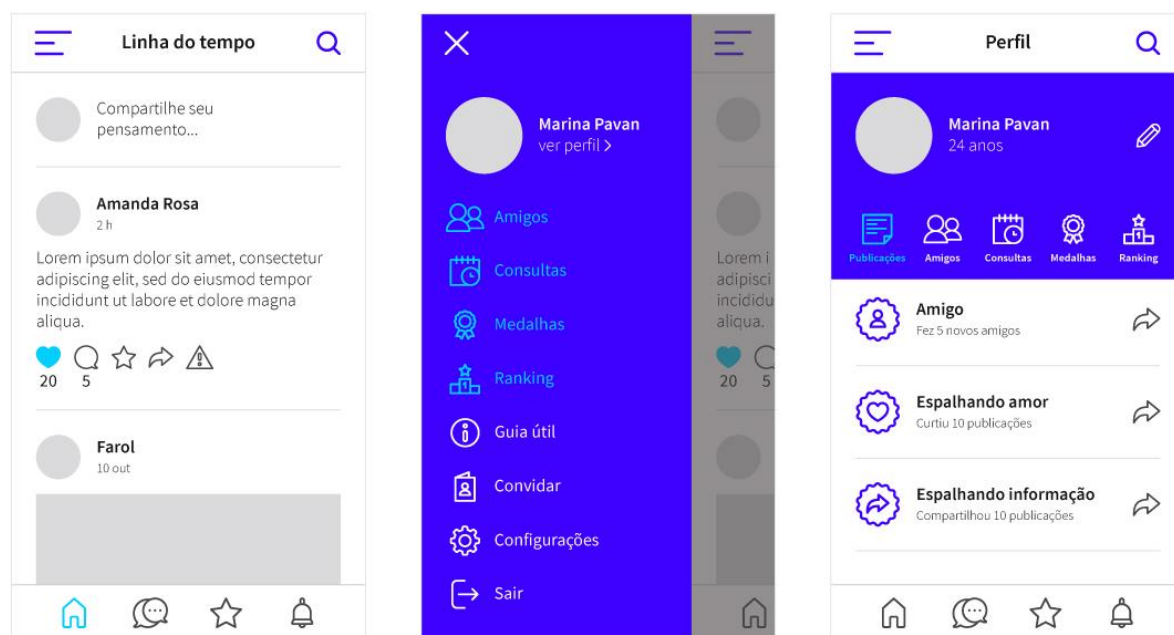
Figura 64 - Segunda alternativa de teste de cor na interface do aplicativo



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Depois, foi realizado o teste com as cores mais vibrantes e escuras, as quais permitiram o destaque de elementos na interface e o contraste entre si e com as cores auxiliares. Os azuis foram utilizados apenas em pontos específicos do aplicativo, possibilitando que o texto ficasse em destaque quando necessário (Figura 65). Desta forma, a terceira opção de cores foi legitimada tanto na marca quanto no aplicativo.

Figura 65 - Terceira alternativa de teste de cor na interface do aplicativo



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

6.3.4 Desenvolvimento das telas

Considerando os levantamentos de dados, as listas de requisitos e as pesquisas realizadas, foi iniciado o desenvolvimento das telas finais do aplicativo. Nesta etapa, foram feitos os *layouts* das telas a fim de demonstrar a interface do aplicativo e as interações entre os elementos na sua forma final, já incluídos ajustes previstos nas etapas anteriores e nos testes de verificação com os usuários, os quais se encontram no item 7 deste trabalho.

É importante salientar que as telas foram desenvolvidas neste trabalho para simulação no modelo de *smartphone* iPhone 5/5S para fins de visualização e testes de verificação com os usuários, porém não se tem a intenção de limitar a aplicação deste aplicativo apenas para este modelo. Com o objetivo de impactar o maior número de pessoas com o compartilhamento de informações sobre depressão, entende-se que o aplicativo deverá abranger a maior quantidade possível de *smartphones* e seus respectivos sistemas operacionais.

Na primeira tela da Figura 66 é apresentado o ícone de inicialização do aplicativo Farol em dispositivos móveis. Optou-se por manter ambas as cores da

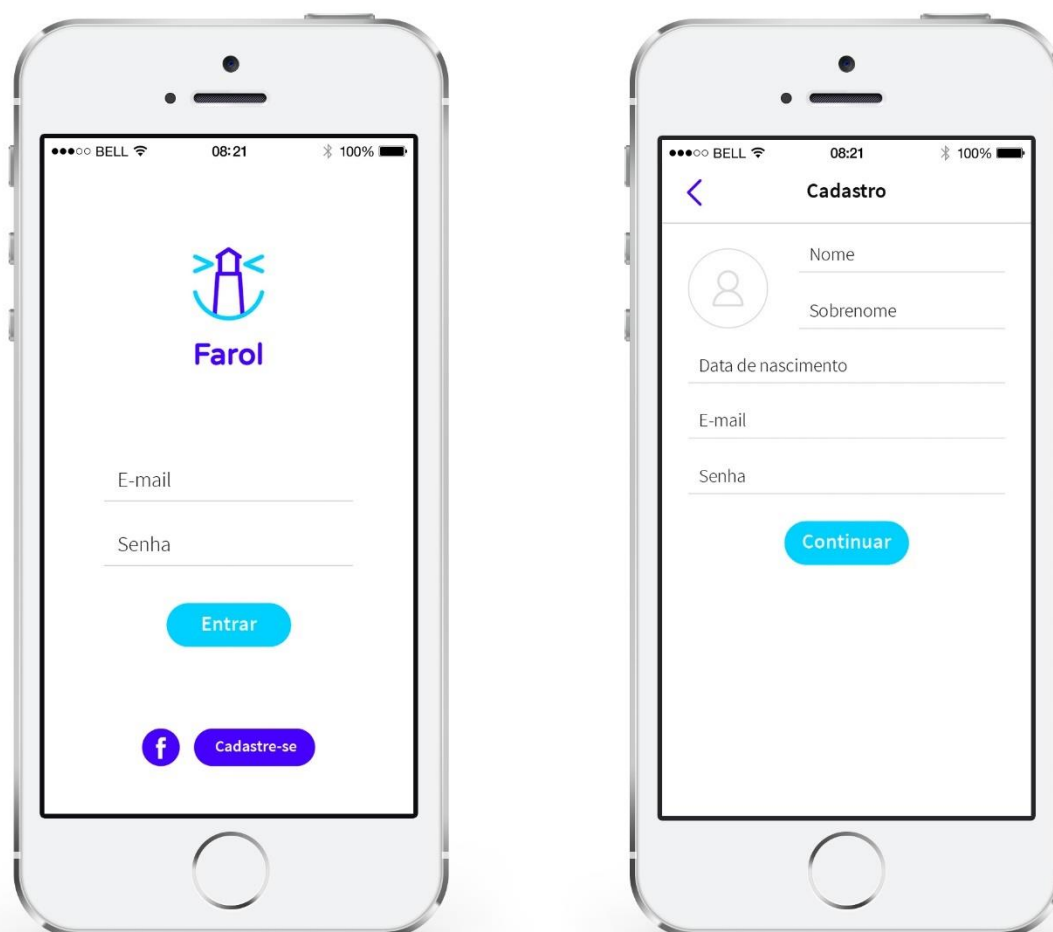
marca e o fundo branco para mais destaque do ícone ao lado de outros aplicativos. Já na segunda tela, a marca será apresentada com a frase de apoio enquanto o aplicativo está sendo carregado, com o objetivo de identificá-lo rapidamente para o usuário.

Figura 66 - Simulação do ícone do aplicativo Farol no *smartphone* iPhone 5/5S e tela de início



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Em seguida, o usuário é direcionado para a tela de *login*, a qual aparece à esquerda na Figura 67, onde pode entrar no aplicativo caso já tenha cadastro com *e-mail* e senha. Para um novo usuário, existem duas opções de cadastro, diretamente pelo Facebook, ou no próprio aplicativo, onde deve-se informar nome, sobrenome, data de nascimento, *e-mail* e senha, como mostra a tela localizada à direita na Figura 67.

Figura 67 - Telas de *login* e cadastro

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

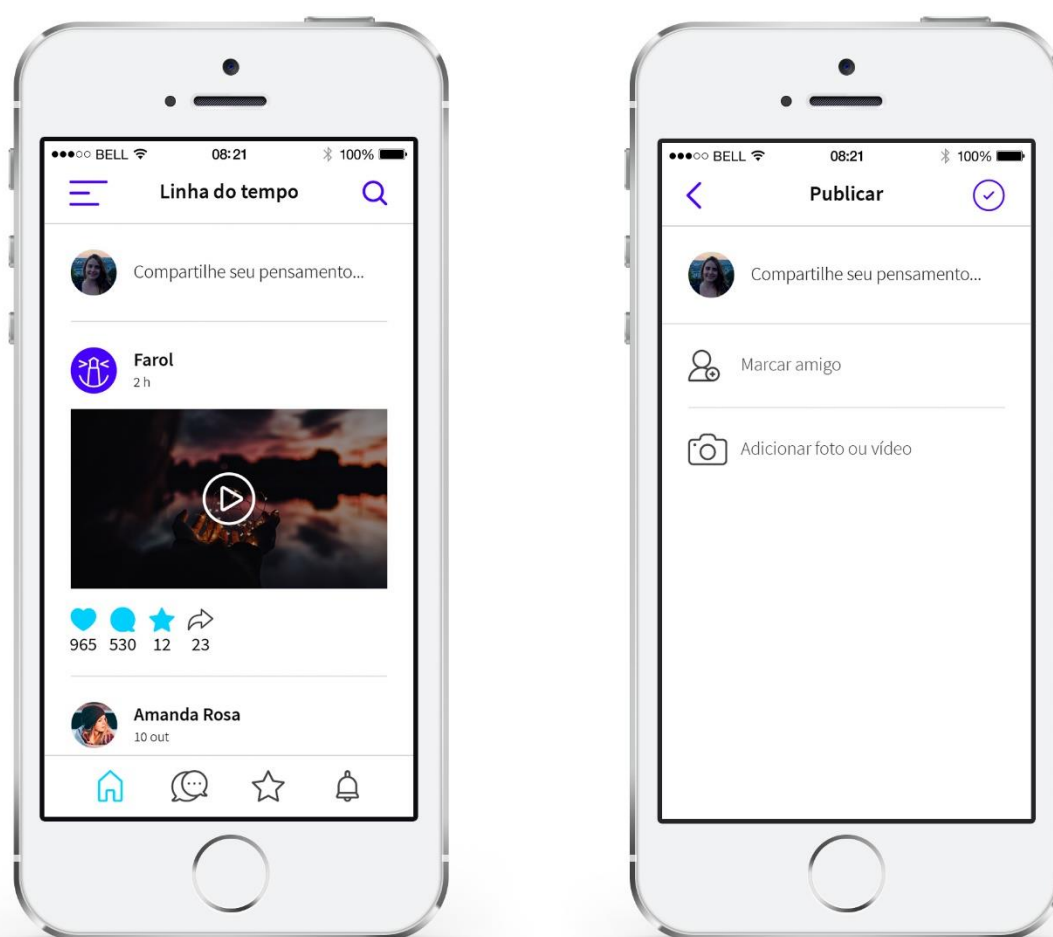
Assim que fizer o *login*, o usuário será redirecionado para a tela principal do aplicativo, que é a sua linha do tempo, apresentada na tela à esquerda da Figura 68. Nela, o usuário receberá as postagens de seus amigos e do próprio aplicativo, o qual fornecerá conteúdo multimídia sobre depressão para todos. Será possível interagir com as publicações curtindo, comentando, favoritando, compartilhando e denunciando.

Outros elementos importantes aparecem na tela principal e continuam acompanhando o usuário durante o uso do aplicativo, são eles: o menu, localizado no canto superior esquerdo; a busca, localizada no canto superior direito; e o rodapé, o

qual possui os acessos da própria linha do tempo, das conversas, dos favoritos e das notificações.

Na parte superior da linha do tempo, o usuário poderá compartilhar o que está pensando, sendo enviado para uma nova tela, mostrada à direita da Figura 68, onde poderá fazer uma publicação apenas com texto ou adicionando imagens e vídeo. O usuário também terá a opção de marcar amigos em suas publicações.

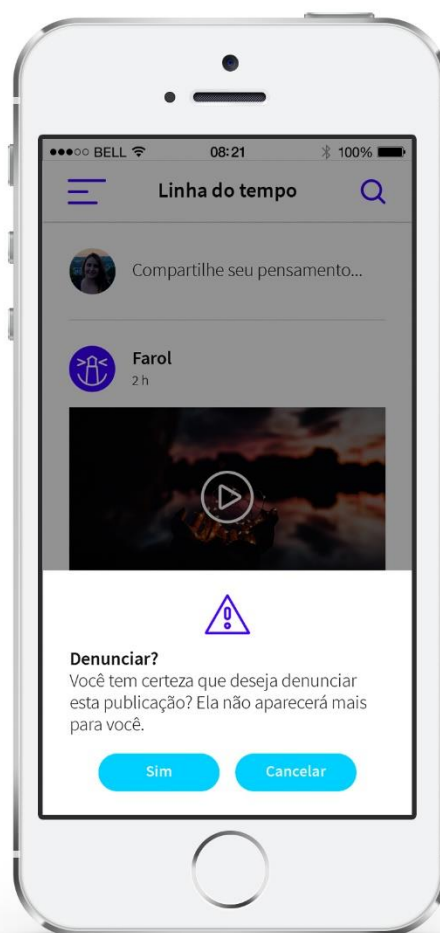
Figura 68 – Linha do tempo visualizada pelo usuário e tela de nova publicação



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

A tela da Figura 69 demonstra a mensagem que o usuário receberá após denunciar uma publicação, devendo escolher se realmente deseja denunciar ou não. Apenas podem ser denunciadas publicações de amigos ou outras pessoas, pois as publicações do aplicativo já estarão revisadas e aptas a serem divulgadas.

Figura 69 - Mensagem recebida pelo usuário quando denuncia alguma publicação



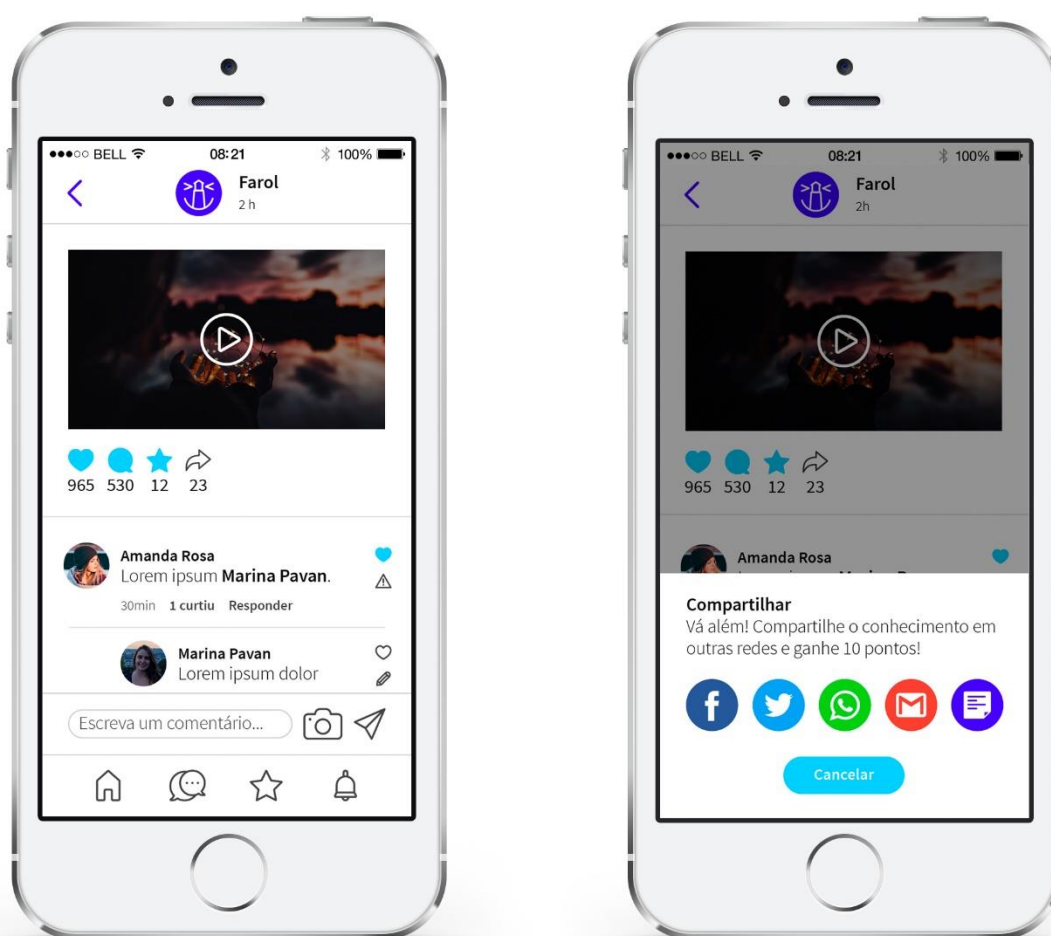
Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Também será possível, por meio da linha do tempo, acessar cada publicação individualmente, clicando em cima da mesma, como mostra a tela à esquerda da Figura 70. Desta forma, os comentários serão mostrados logo abaixo do conteúdo, e o usuário também poderá escrever o seu comentário, marcar amigos, enviar uma imagem e responder o comentário de outras pessoas. Também conseguirá curtir ou denunciar outros comentários e editar o seu próprio.

Na tela à direita da Figura 70 está apresentada a mensagem que o usuário receberá quando desejar compartilhar uma publicação. O usuário poderá escolher compartilhar no Facebook, no Twitter, no Whatsapp, por *e-mail* ou na sua linha do tempo. O aplicativo incentivará o compartilhamento de informações em outras redes

sociais por meio de pontos, sendo que o usuário receberá 10 pontos a cada compartilhamento que não seja para a sua própria linha do tempo. Desta forma, a informação sobre depressão poderá chegar a mais pessoas e instigá-las a participar do aplicativo.

Figura 70 - Telas de publicação e compartilhamento

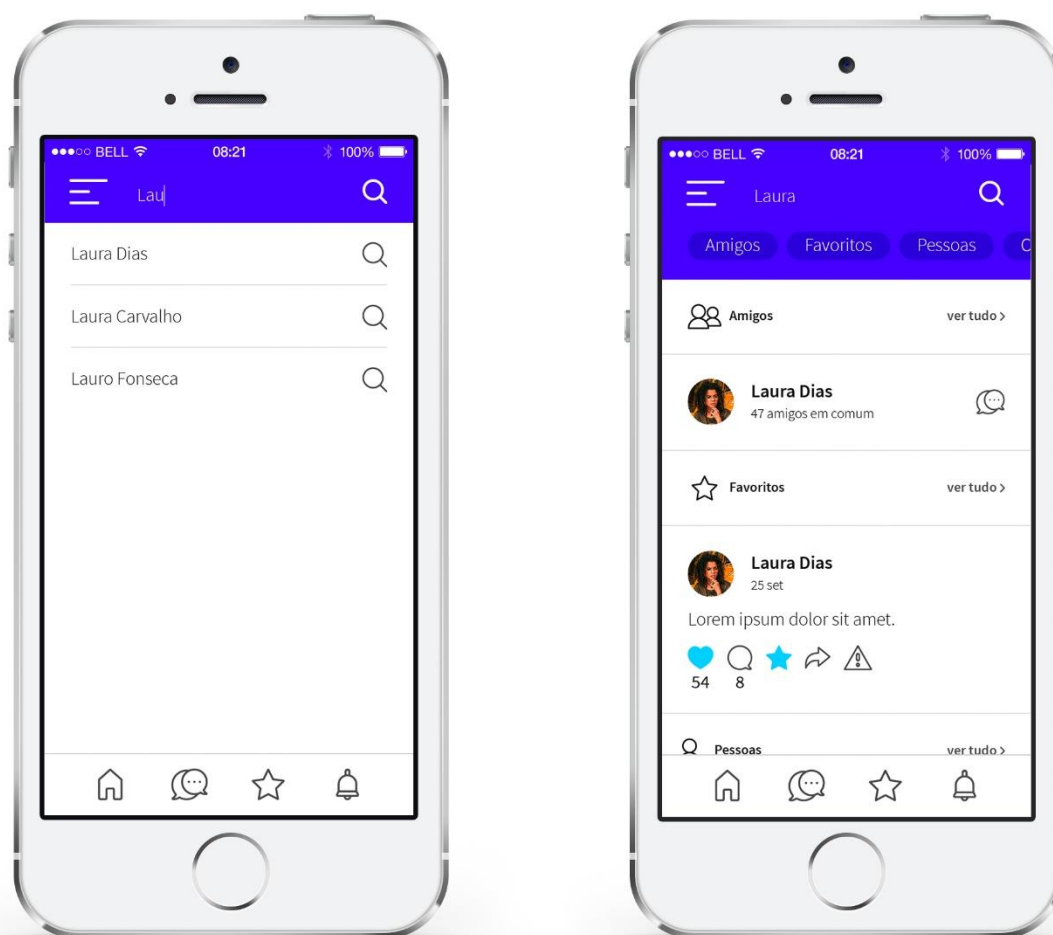


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

A busca será uma funcionalidade importante no aplicativo, pois será por meio dela que o usuário poderá encontrar qualquer coisa dentro do aplicativo, desde perfil de pessoas, passando por publicações com palavras específicas e até mensagens enviadas nas conversas. No momento em que o usuário estiver escrevendo sua busca, irão aparecer sugestões de pesquisa baseadas no que ele estiver digitando, como mostra a tela à esquerda da Figura 71. Ao concluir sua digitação e clicar no

ícone da busca, o aplicativo irá criar uma lista de resultados baseados na palavra que o usuário buscou, e ainda apresentará filtros para que ele possa encontrar o que procura com mais facilidade, como demonstrado na tela à direita da Figura 71. Também será possível interagir com os resultados de forma facilitada, como por exemplo iniciar uma conversa com um amigo por meio do ícone de conversas ao lado do seu nome ou curtir, comentar, favoritar, compartilhar ou denunciar uma publicação diretamente da lista.

Figura 71 - Ferramenta de busca do aplicativo



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Por meio da busca, o usuário poderá encontrar pessoas com as quais ainda não tem contato no aplicativo. Desta forma, poderá acessar o perfil de outro usuário, que poderá estar ou não bloqueado para visualização, dependendo de sua escolha.

Na Figura 72, a tela mostra o perfil de usuário bloqueado, apresentando uma mensagem de que as informações desta pessoa só estarão disponíveis caso exista uma amizade entre os dois usuários. Neste perfil, o usuário poderá adicionar a pessoa como amigo ou, no ícone de mais opções, denunciá-la ou bloqueá-la, funcionalidades que ajudam a manter a segurança do aplicativo.

Figura 72 - Perfil bloqueado de usuário com o qual não se tem amizade

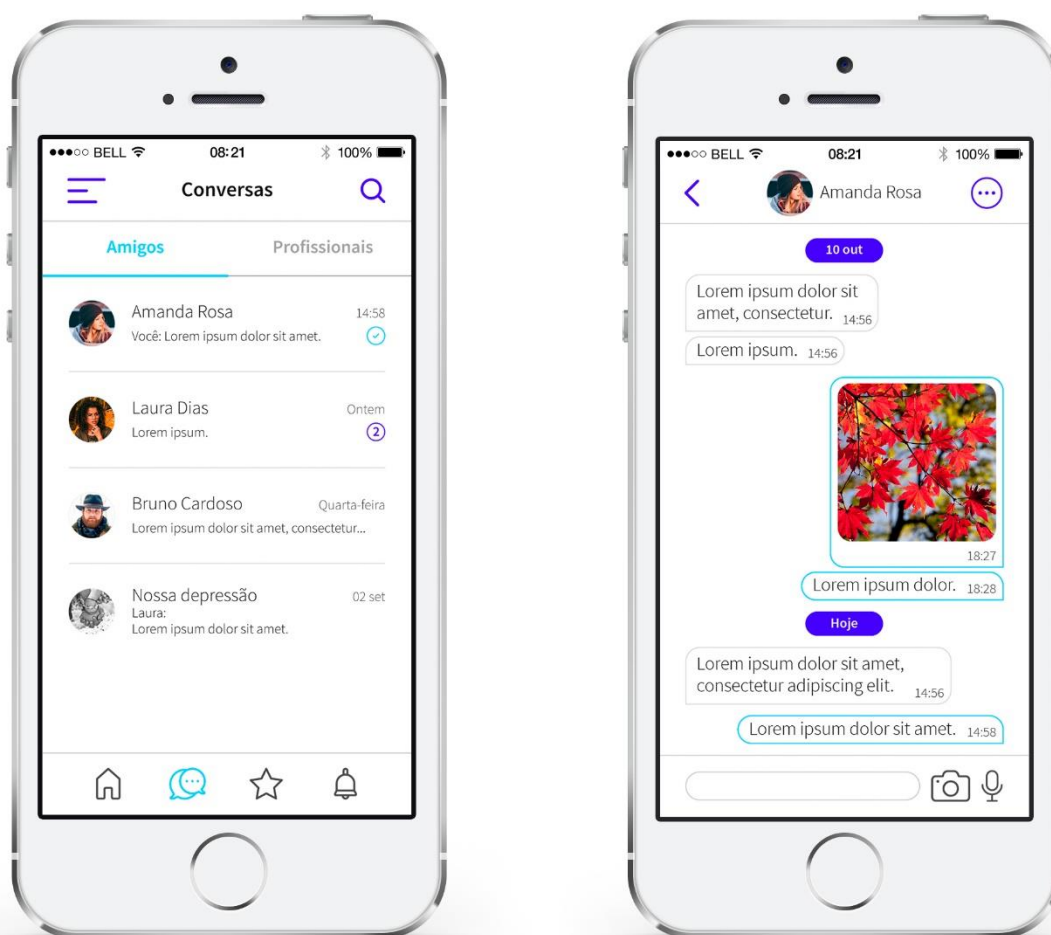


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Seguindo no rodapé do aplicativo, após a tela principal, que é a linha do tempo, o usuário terá acesso às conversas, mostradas na Figura 73 à esquerda. Para o usuário, a aba de conversas com amigos sempre estará selecionada ao acessar as conversas, sendo que ele poderá acessar a aba de conversas com profissionais quando achar necessário. Na lista de conversas, onde serão mostradas as conversas

do usuário com amigos ou grupos, alguns ícones mostrarão quando a mensagem do usuário foi entregue ou quando existem novas mensagens. Ao acessar determinada conversa, exemplificada na tela à direita da Figura 73, o usuário poderá ler as mensagens enviadas e recebidas e escrever uma nova mensagem, podendo enviar imagem, vídeo ou áudio. No canto superior direito das conversas, no ícone de mais opções, o usuário poderá convidar mais pessoas para a conversa, denunciar ou apagar a mesma.

Figura 73 - Telas de conversas com amigos e conversa aberta

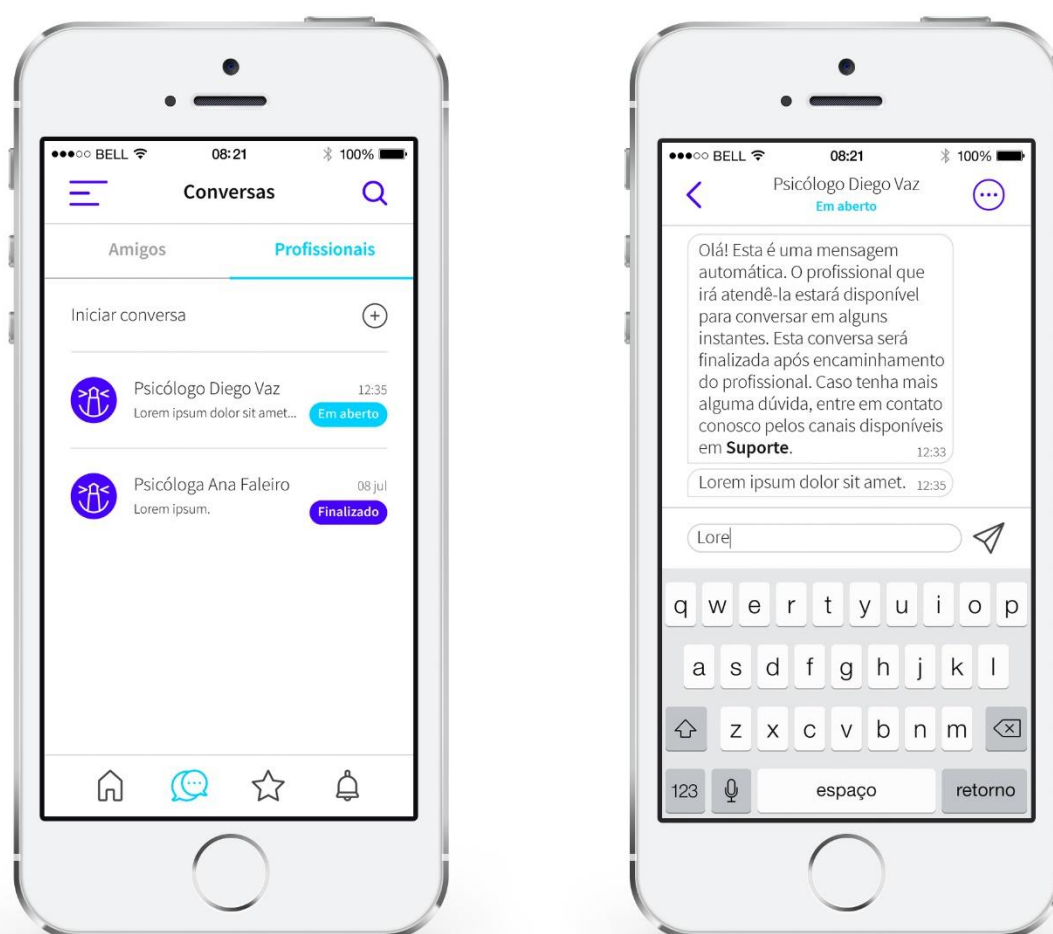


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Ao acessar a aba de conversas com profissionais, como mostra a tela à esquerda da Figura 74, o usuário poderá iniciar uma nova conversa com um profissional, que poderá ser um psicólogo ou psiquiatra parceiro do aplicativo. Logo

abaixo, aparecerá a lista de conversas que o usuário já tem com algum profissional, que poderá já estar finalizada, quando o profissional já conversou com o usuário e indicou a melhor opção de encaminhamento, ou em aberto, quando ainda estão conversando. Ao iniciar uma conversa, o usuário receberá uma mensagem automática explicando que ele será atendido por um profissional em breve e que a conversa será finalizada pelo profissional assim que indicar um encaminhamento, o qual poderá variar dependendo da conversa (buscar auxílio de um psicólogo, psiquiatra, terapia em grupo, etc). Quando o profissional entrar na conversa, poderá ser iniciado o diálogo. No ícone de mais opções, o usuário poderá apagar ou denunciar a conversa.

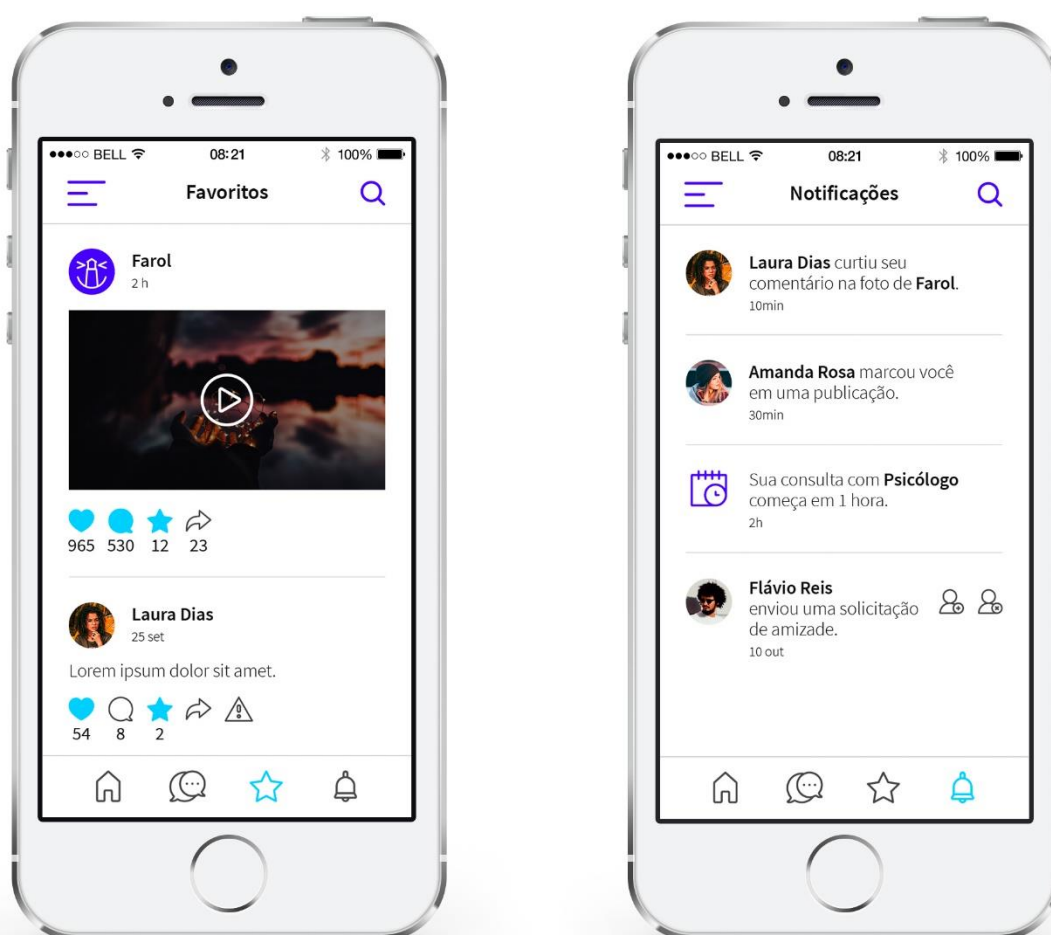
Figura 74 - Tela de conversas com profissionais e mensagem automática recebida pelo usuário



No rodapé, o terceiro ícone dá acesso aos favoritos, como demonstrado na Figura 75, à esquerda. Nesta lista, o usuário poderá ver todas as publicações que marcou como favoritas e interagir com curtidas, comentários e compartilhamentos. Para retirar alguma publicação da lista de favoritos, o usuário precisa desmarcar o ícone de estrela abaixo da mesma.

O quarto ícone do rodapé dá acesso às notificações. Nesta tela, apresentada à direita na Figura 75, o usuário receberá avisos de marcações, solicitações de amizade, comentários, novos conteúdos, consultas agendadas, entre outros. Desta forma, o usuário ficará atualizado com o que está acontecendo no aplicativo.

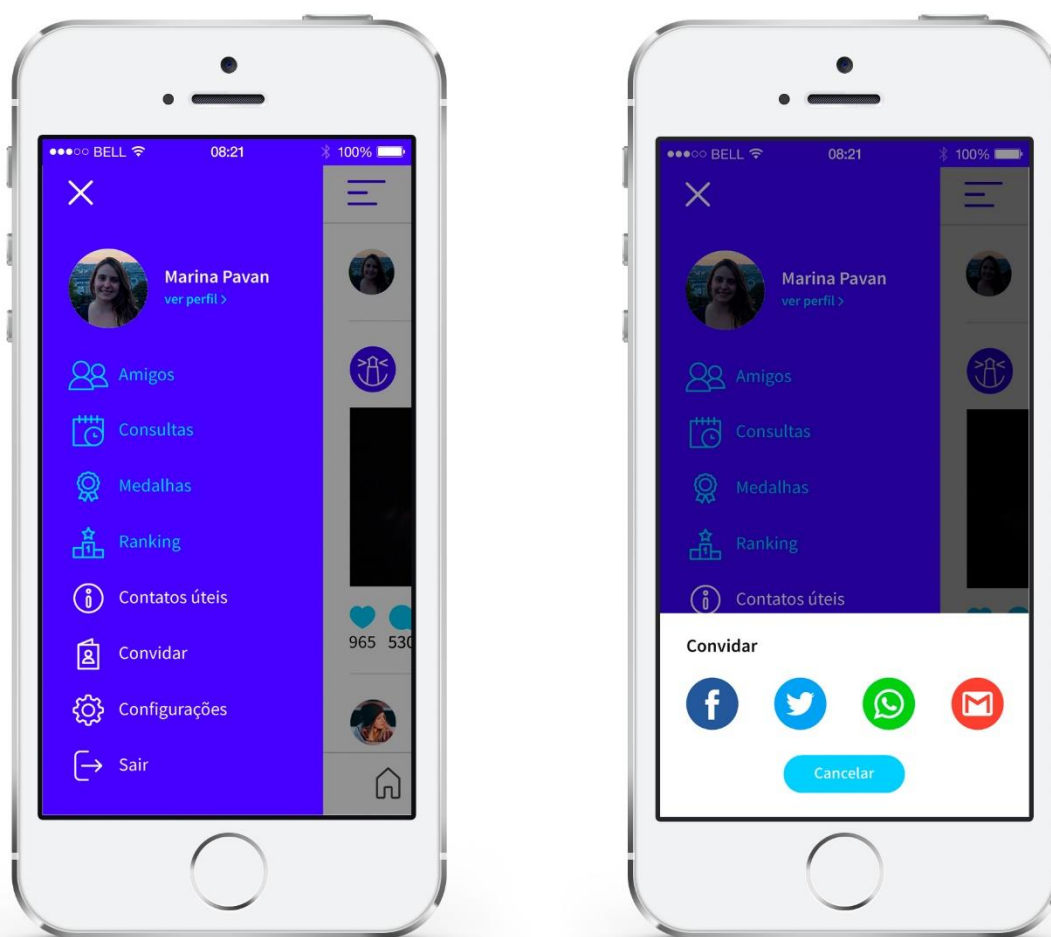
Figura 75 - Telas de favoritos e notificações



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

No menu, o usuário terá acesso ao seu perfil e atalhos para itens específicos do mesmo, como amigos, consultas, medalhas e *ranking*. Também terá acesso aos contatos úteis, poderá convidar pessoas a participarem do aplicativo, ver as configurações e sair do aplicativo, como mostrado na Figura 76, na tela à esquerda. A tela apresentada à direita na Figura 76 demonstra o destaque que aparece quando o usuário deseja convidar outra pessoa para o aplicativo, podendo escolher se deseja enviar o convite pelo Facebook, pelo Twitter, pelo Whatsapp ou por *e-mail*.

Figura 76 - Tela de menu e tela para convidar amigos a entrarem no aplicativo



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Ao acessar o perfil no menu, o usuário será redirecionado para a tela do seu perfil, apresentada na Figura 77, a qual sempre estará com a aba de publicações do próprio usuário aberta, sendo que o usuário poderá acessar as listas de amigos,

consultas, medalhas e *ranking* clicando nos ícones referentes a cada uma. O usuário poderá interagir com suas publicações, vendo quem curtiu, lendo comentários, favoritando, compartilhando, excluindo ou editando. Na parte superior do perfil, onde aparece nome e idade, o usuário poderá editar suas informações de cadastro clicando no ícone de editar.

Figura 77 - Tela do perfil do usuário onde aparecem suas publicações

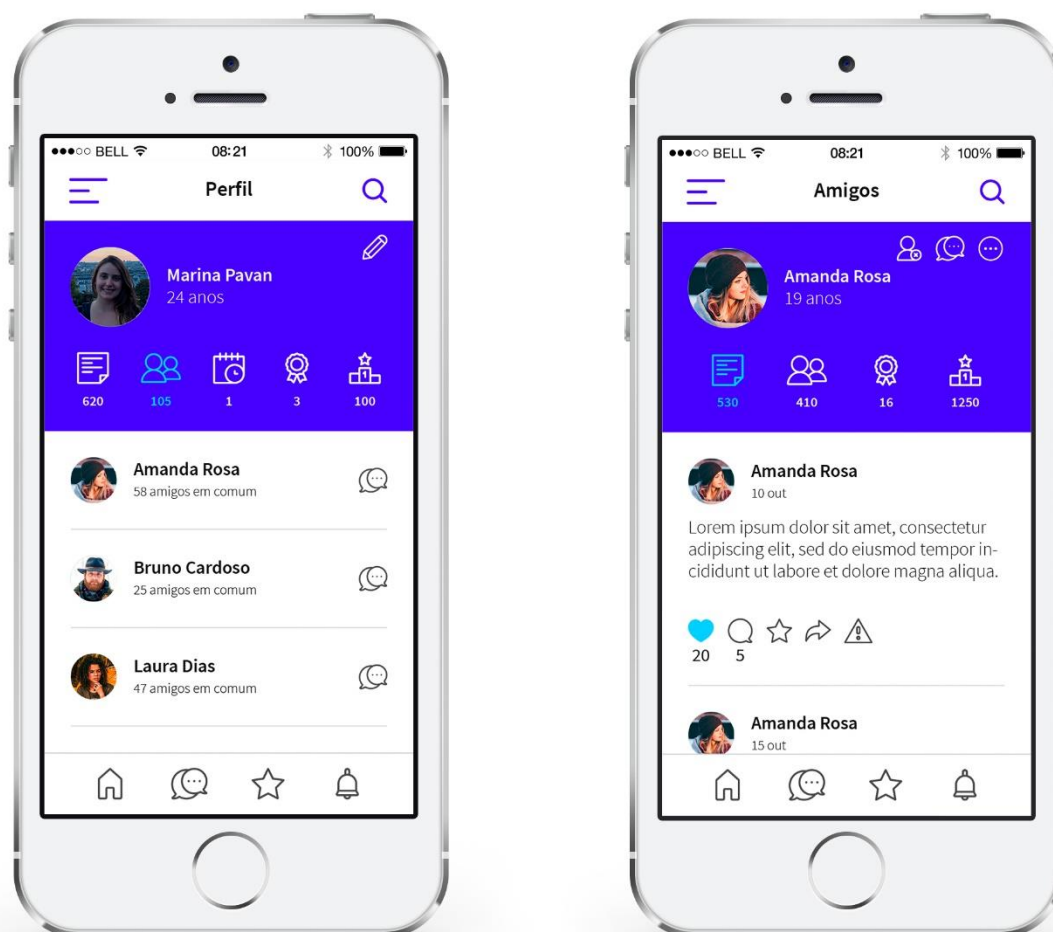


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Acessando a aba da lista de amigos, mostrada na Figura 78, na tela à esquerda, o usuário poderá acessar o perfil dos amigos e iniciar ou abrir uma conversa existente clicando no ícone de conversas ao lado do nome de um amigo. A tela à direita na Figura 78 apresenta o perfil de um amigo, onde, acima do nome do amigo, o usuário poderá remover a amizade, iniciar uma conversa ou, em mais opções, bloquear ou

denunciar. Logo abaixo, poderá ver as publicações do amigo e interagir com as mesmas, ver suas amizades, medalhas e *ranking*.

Figura 78 - Tela do perfil do usuário onde aparece sua lista de amigos e tela de perfil de um amigo

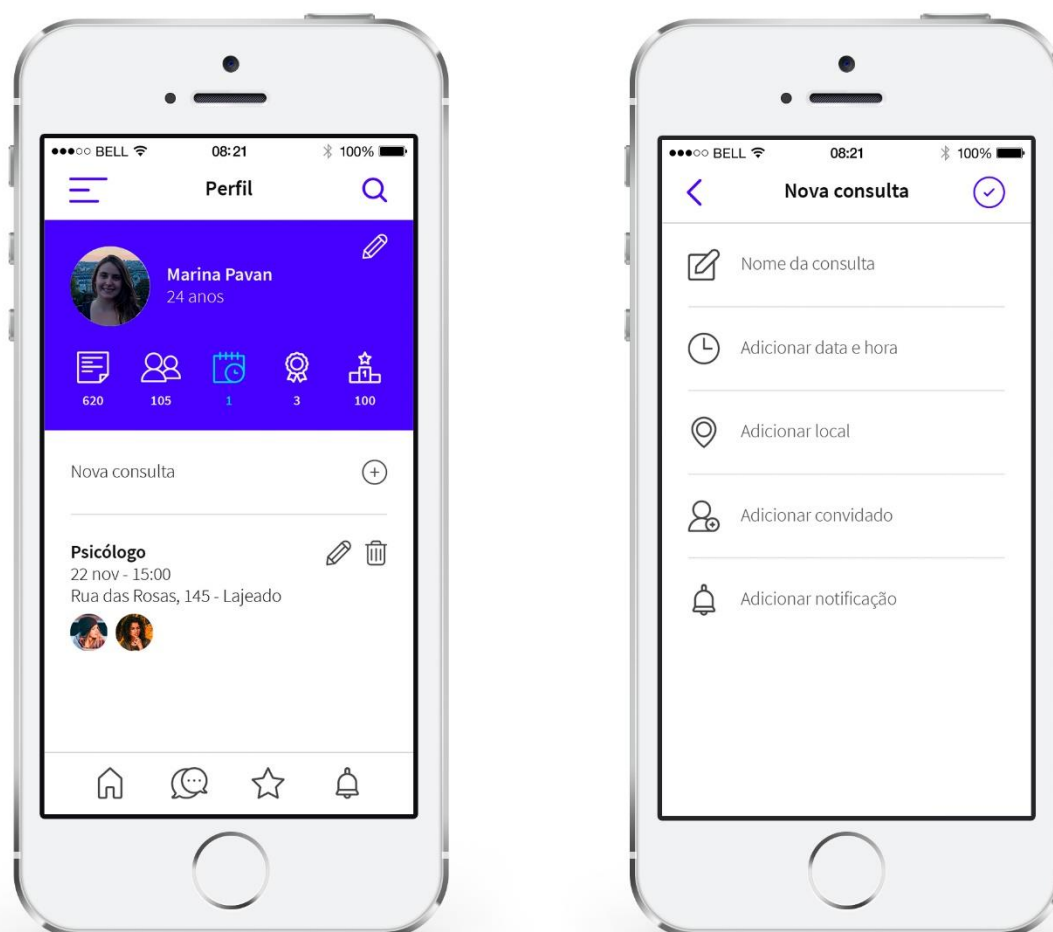


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Na aba de consultas, mostrada na tela à esquerda na Figura 79, o usuário poderá colocar, no aplicativo, lembretes de consultas que marcou com determinado profissional da saúde, podendo assim receber notificações sobre o agendamento. Logo abaixo do item para acrescentar uma nova consulta ao aplicativo, o usuário poderá ver agendamentos que já cadastrou, editá-los ou excluí-los. A tela apresentada à direita na Figura 79 demonstra o cadastro de uma nova consulta, onde o usuário pode colocar o nome da consulta, adicionar data, hora e local, convidar amigos para

a consulta, no caso de ser um agendamento de terapia em grupo por exemplo, e escolher quando prefere receber notificações sobre o agendamento.

Figura 79 - Tela do perfil do usuário onde aparecem suas consultas e tela de cadastro de nova consulta

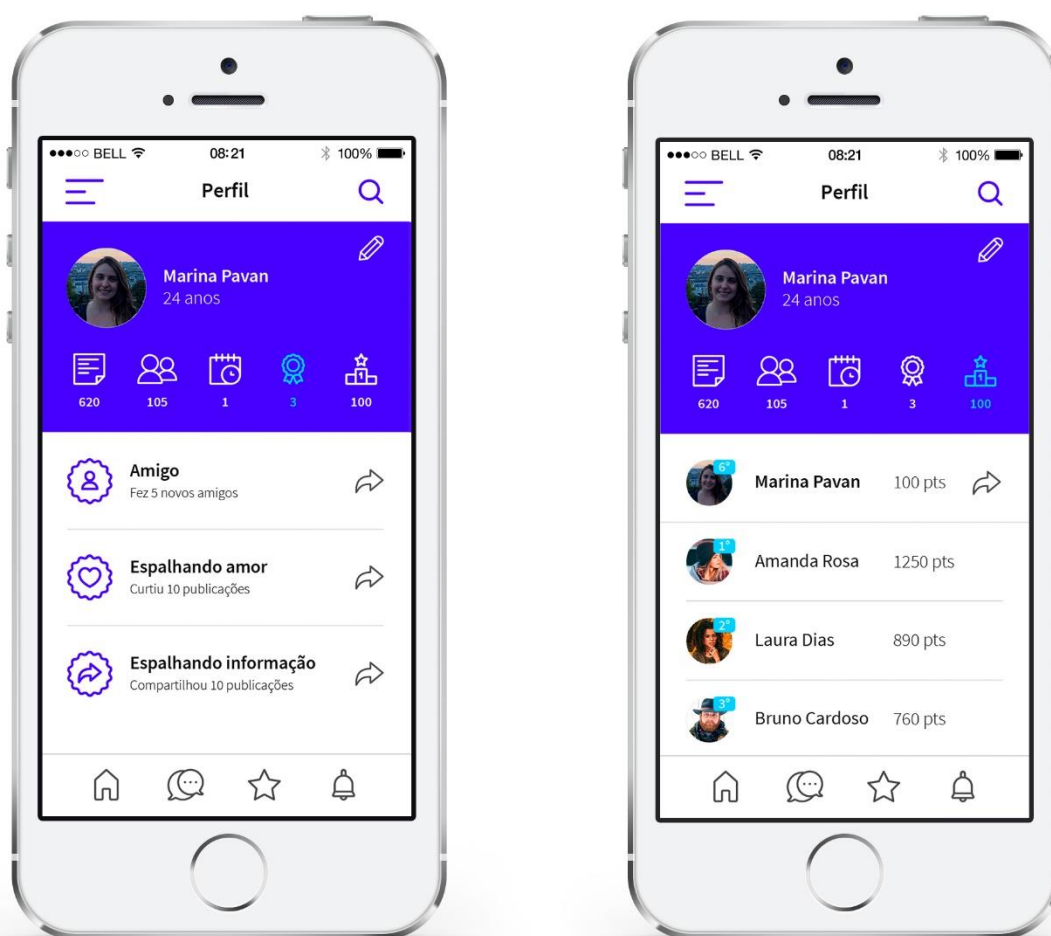


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Ao acessar a aba de medalhas, apresentada à esquerda na Figura 80, o usuário poderá ver quais medalhas recebeu. As medalhas servem como um incentivo para o usuário realizar determinadas tarefas, como adicionar 5 novos amigos, compartilhar 10 publicações, entre outras. Desta forma, o usuário tem a possibilidade aumentar seu engajamento com o aplicativo e também realizar mais trocas de informações sobre a depressão com outras pessoas e em outras redes sociais. Ao completar uma medalha, o usuário poderá compartilhar sua conquista.

Acessando a aba do *ranking*, mostrada à direita na Figura 80, o usuário poderá ver quantos pontos recebeu pelo compartilhamento de informações sobre depressão em outras redes sociais, pode compartilhar sua posição no *ranking* e ver os pontos e posição de seus amigos. Esta funcionalidade também tem a intenção de promover o compartilhamento de informações sobre depressão.

Figura 80 - Telas do perfil do usuário onde aparecem suas medalhas e o *ranking*

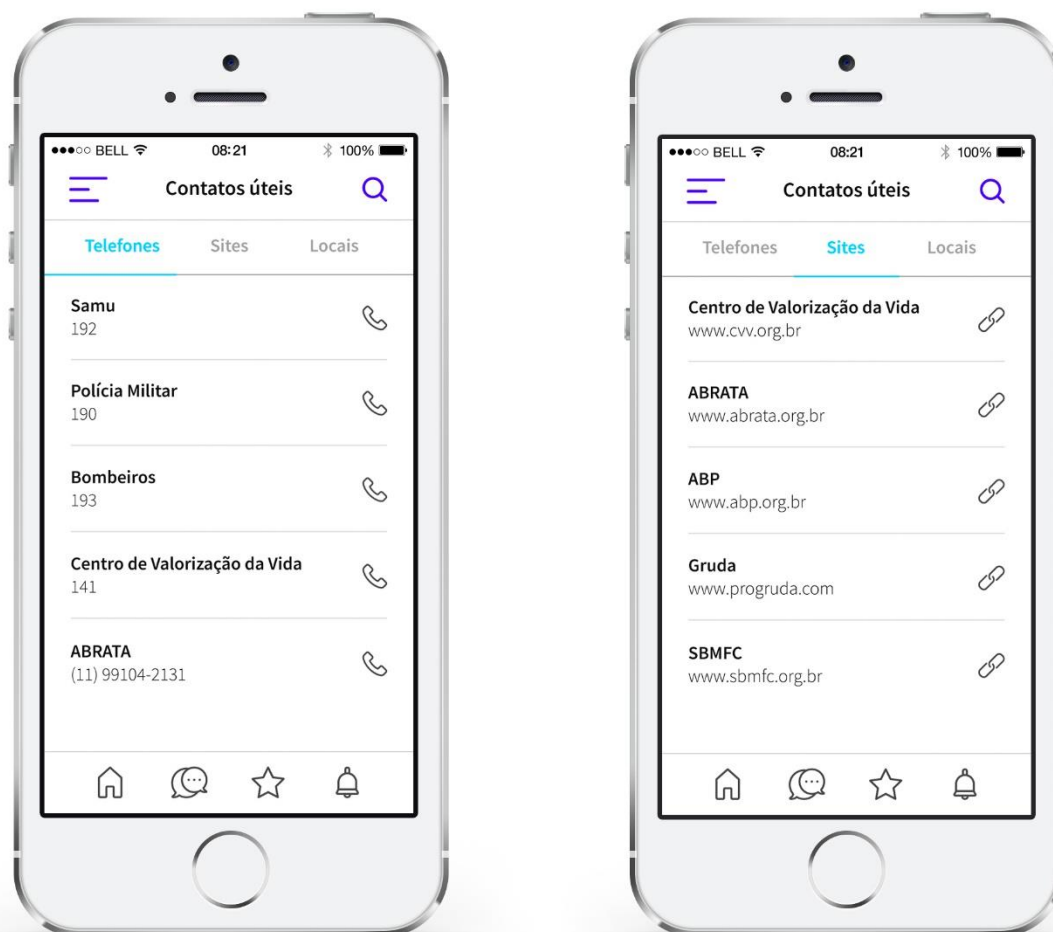


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Os contatos úteis, acessados por meio do menu, apresentam contatos cadastrados pelo aplicativo que podem ser úteis para seus usuários, como emergências, contatos de organizações e associações. A primeira tela apresentada ao usuário é a de telefones, demonstrada à esquerda na Figura 81, na qual o usuário pode clicar no ícone do telefone ao lado do contato para ligar automaticamente. Na

parte superior da tela, o usuário pode acessar a aba *sites* e, clicando no ícone, acessar o determinado *site*, como mostrado na tela à direita na Figura 81.

Figura 81 - Telas dos contatos úteis

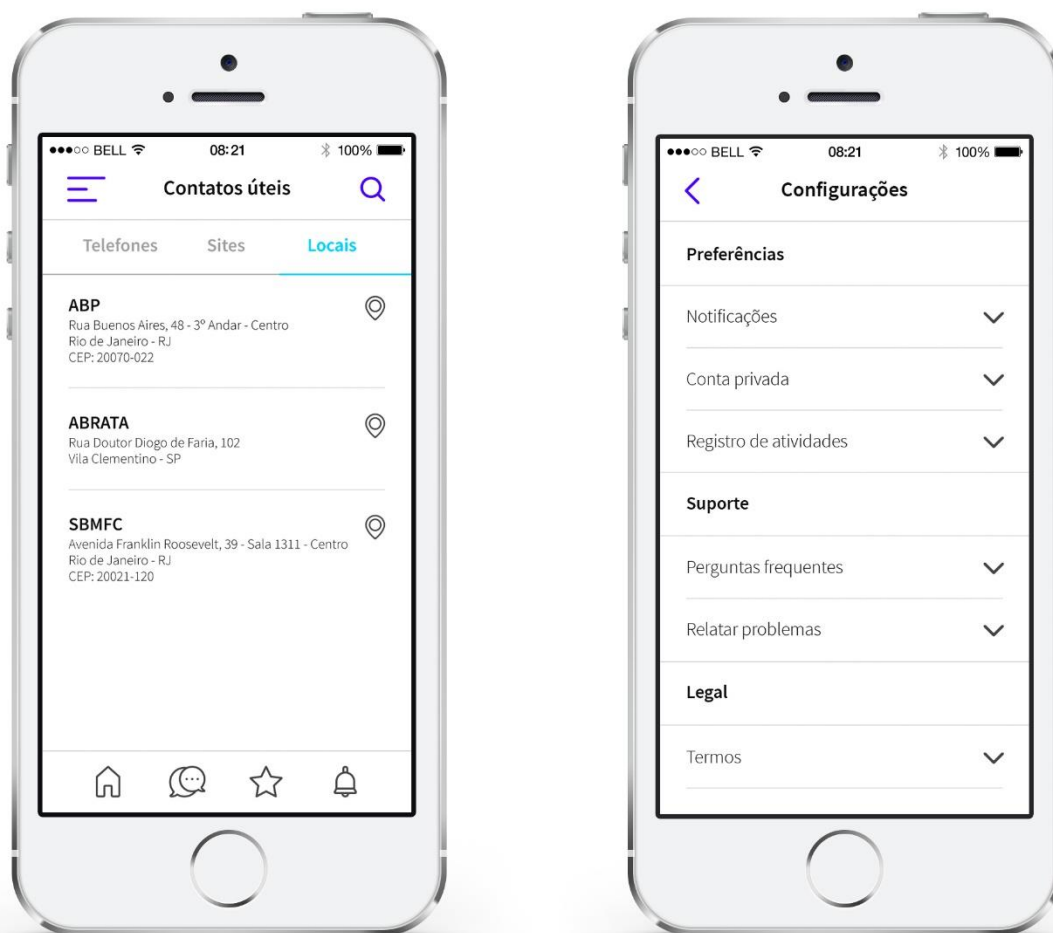


Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Selecionando a aba locais, o usuário terá o endereço dos locais e poderá vê-los no mapa, conforme mostra a tela à esquerda na Figura 82.

No menu, o usuário terá acesso às configurações do aplicativo, onde poderá editar suas preferências, como notificações, colocar a conta como privada, ver seu registro de atividades, acessar as perguntas frequentes, relatar um problema e ver os termos e políticas de privacidade, mostrados na tela à direita na Figura 82.

Figura 82 - Tela dos contatos úteis e tela de configurações



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

7 VERIFICAÇÃO

Com o objetivo de analisar se o uso do *design* para o desenvolvimento de um aplicativo contribui para conscientização sobre depressão, é eficaz na organização do conteúdo e permite o uso facilitado pelos usuários, prezando pelas necessidades relatadas no levantamento de dados e requisitos deste trabalho, e solucionar possíveis problemas, foram aplicados dois testes, um de usabilidade (APÊNDICE E) e um de verificação dos requisitos (APÊNDICE F).

Para realizar os testes, foi desenvolvido o protótipo *online* do aplicativo Farol utilizando a ferramenta Marvel, a qual permite a simulação das funcionalidades e visualização real do *layout* e seus elementos na tela do *smartphone* enquanto o aplicativo está em desenvolvimento e não apresenta programação. O protótipo pode ser acessado pelo *link* www.marvelapp.com/6h99ha4.

Foram convidadas 10 pessoas para participação nos testes, com idades entre 18 e 60 anos. A escolaridade variou desde Ensino Fundamental completo até Pós-graduação completa, sendo que 3 pessoas possuem Ensino Superior Incompleto. Primeiramente, as pessoas realizaram o teste de usabilidade, onde a autora fez uma introdução rápida com a explicação do aplicativo e, em seguida, entregou o *smartphone* com o protótipo instalado e orientou cada participante pelas etapas do teste a fim de verificar se o aplicativo é compreensível e fácil de usar (Figura 83).

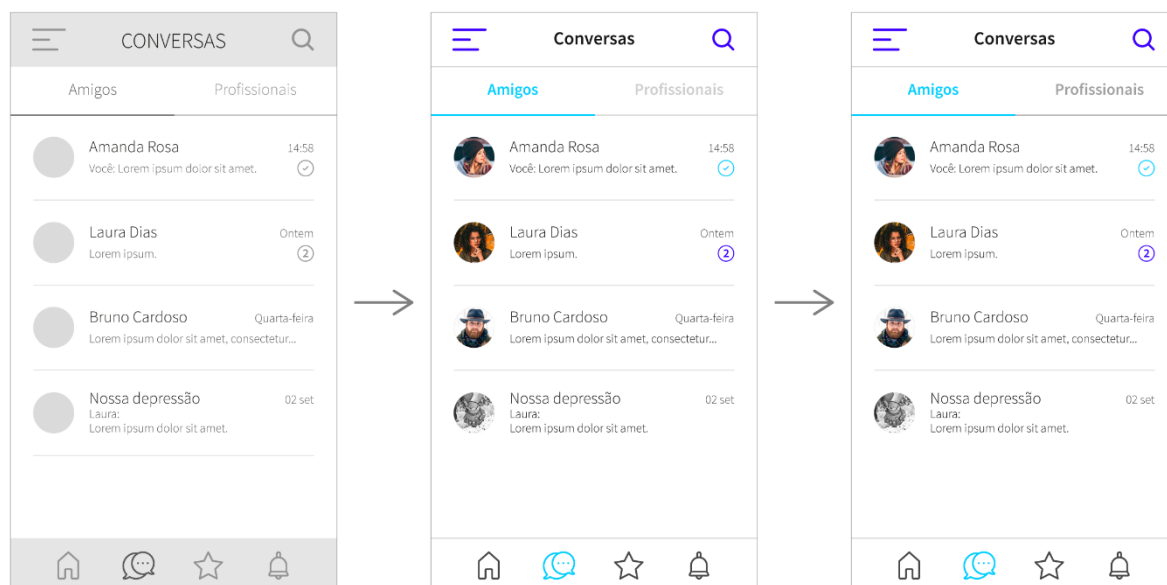
Figura 83 - Usuário interagindo com o protótipo desenvolvido



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

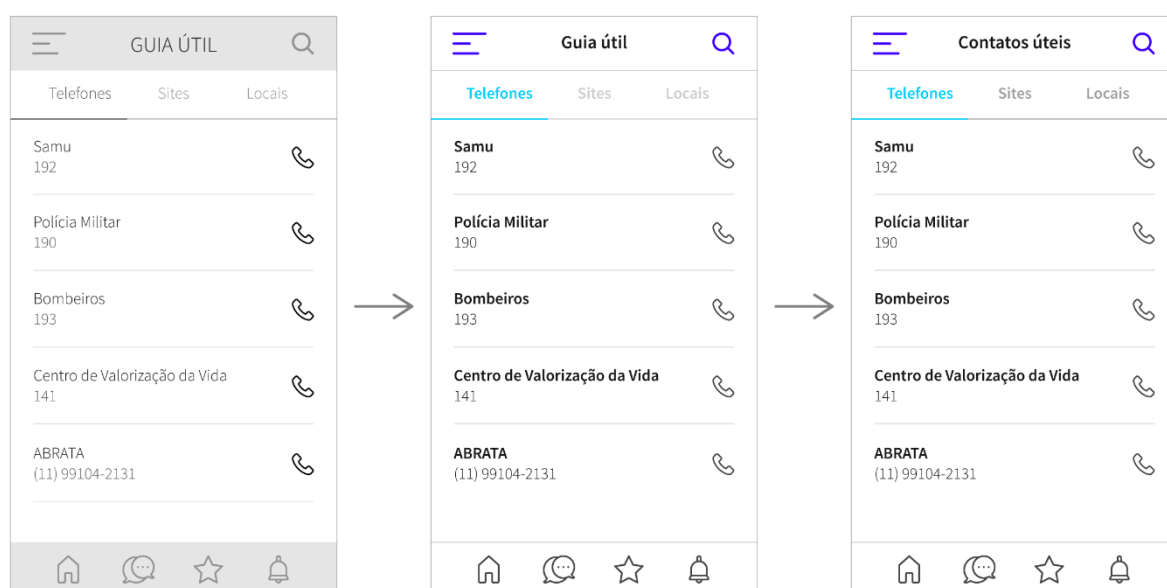
Todos os participantes conseguiram completar o teste, sendo que 5 não tiveram nenhuma dificuldade em realizar as etapas, 3 pessoas tiveram dificuldade em encontrar as conversas com profissionais devido a aba ter pouco contraste e 3 tiveram dificuldade em compreender a funcionalidade do guia útil. Desta forma, dois ajustes foram realizados: aumentou-se o contraste para as abas que não estavam em destaque, considerando as abas internas das conversas (Figura 84) e dos contatos (Figura 85); e foi alterada a nomenclatura do guia útil para contatos úteis, deixando o nome mais claro para o usuário (Figura 86).

Figura 84 - Ajustes nas abas das conversas



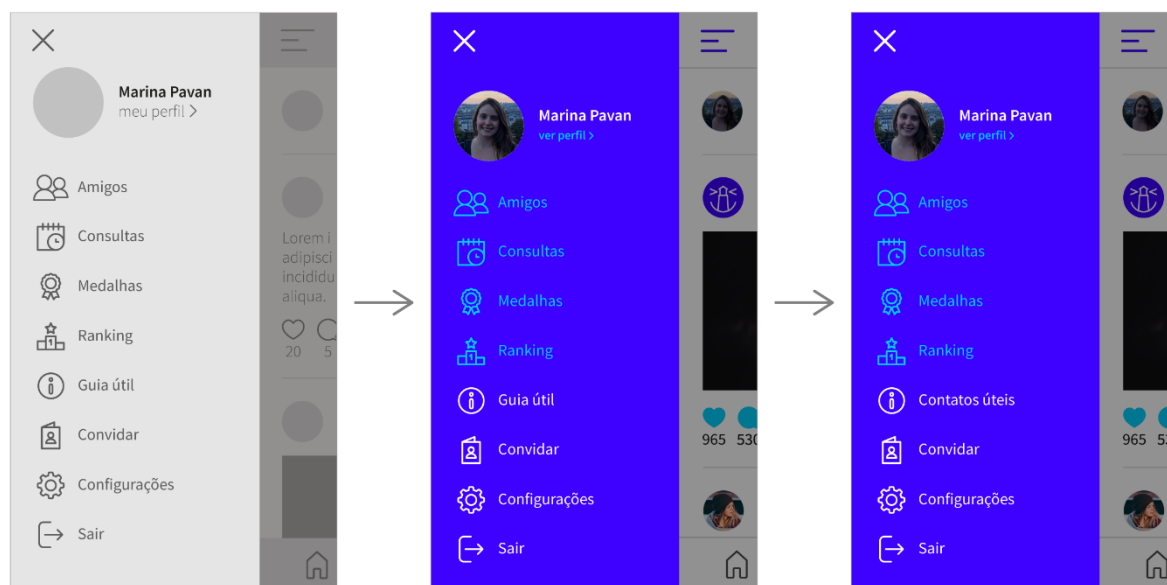
Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Figura 85 - Ajustes na nomenclatura e abas dos contatos úteis



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Figura 86 - Ajustes na nomenclatura dos contatos úteis no menu



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Após realizado o teste de usabilidade, onde as pessoas tiveram contato com o aplicativo, foi solicitado a elas que respondessem um questionário de validação dos requisitos, considerando o item 5 deste trabalho, a fim de perceber se os requisitos e objetivos do aplicativo foram cumpridos.

Com relação à primeira pergunta, a qual pedia se o aplicativo conseguiu atingir o objetivo de promover o acesso à informação sobre depressão para ajudar a acabar com o estigma, todos os respondentes afirmaram que sim, o aplicativo consegue difundir informações acerca do assunto, e algumas pessoas comentaram que o aplicativo é fácil e prático, facilitando o compartilhamento e interação entre as pessoas, e ajuda pessoas com depressão a perceberem que não estão sozinhas.

Todos os participantes afirmaram, sobre a segunda pergunta, que o acesso à informação no aplicativo é facilitado, e alguns comentaram que é muito intuitivo, ajuda na criação de uma rede de contatos e que a linha do tempo e os ícones auxiliam muito.

Sobre a terceira pergunta, que questiona sobre a segurança do aplicativo e em fornecer informações pessoais, todos os respondentes afirmaram que se sentem tranquilos em fornecer suas informações e utilizar o aplicativo, e alguns comentaram que a presença de profissionais de saúde ajuda a dar credibilidade para o aplicativo,

que o *design* passa tranquilidade e segurança e que o fato de poder escolher com quais pessoas (amigos) compartilhar informações é importante.

A quarta pergunta questionava se a pessoa acreditava que o sistema de notificações consegue manter o usuário atualizado de forma eficiente, e a resposta foi positiva para todos os participantes.

Com relação à quinta pergunta, a qual questionava sobre o incentivo e engajamento que os sistemas de pontos e medalhas traz para o aplicativo, todos os respondentes afirmaram que os sistemas ajudam sim, e alguns comentaram que são formas de incentivar a interação do usuário com o aplicativo, que isso torna o aplicativo mais confiável, mas que é importante que as pessoas não sejam competitivas e se frustrem com os resultados, e que poderia existir algo em troca para quem participasse, como por exemplo descontos nas consultas com profissionais da saúde.

Sobre a sexta pergunta, que questionava se o compartilhamento de conteúdo e envio de convites faria com que mais pessoas usassem o aplicativo, todos os respondentes afirmaram que sim, e alguns comentaram que compartilhar informações chama a atenção de quem tem interesse pelo assunto, que por ser uma rede social exclusiva sobre depressão as pessoas tendem a compartilhar mais, e que se o convite vier com um relato positivo ajuda mais ainda.

A sétima pergunta questionava se a interação dos usuários dentro do aplicativo é satisfatória e contribui para a criação de uma rede de apoio, a qual todos os participantes responderam que sim, e alguns comentaram que é importante que as pessoas compartilhem suas experiências e mantenham vínculos que sem o aplicativo não seria possível, e que ele dá mais segurança para as pessoas falarem sobre a depressão.

Por fim, com relação à oitava pergunta, a qual questionava se o encaminhamento realizado por profissionais da saúde no aplicativo ajudaria as pessoas a buscarem ajuda para si mesmos ou outros, todos os participantes responderam que sim, e alguns comentaram que isso traz confiança para as pessoas falarem sobre depressão, que seria o primeiro passo para a busca de auxílio e que este seria o grande diferencial do aplicativo.

Por meio das análises dos testes realizados, percebe-se que o aplicativo está de acordo com as necessidades relatadas no levantamento de dados e com a lista de requisitos. Foi possível verificar que as pessoas ficaram satisfeitas com o aplicativo e acreditam que ele possa auxiliar muito na obtenção e compartilhamento de informações sobre depressão e na criação de uma rede de apoio, os quais ajudarão a diminuir o estigma da doença na sociedade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho mostrou como a natureza interdisciplinar do *design* pode transformá-lo em uma ferramenta importante para promover mudanças na sociedade e sua forma de pensar. Quando pessoas compartilham conhecimentos e se unem por uma causa relevante como a depressão, cria-se uma grande rede de apoio que, aos poucos, pode mudar a visão da sociedade sobre a doença e até gerar uma ressignificação do termo.

Desta forma, a pesquisa teórica permitiu a obtenção de conhecimentos sobre a depressão tanto no cenário atual quanto na história, o que mostrou o quanto a doença está intrínseca no desenvolvimento da sociedade e como criou-se o estigma social que é uma das causas que impossibilita as pessoas afetadas de viverem normalmente em uma sociedade que as compreenda e apoie, inclusive acabando por privá-las da busca por tratamento e do convívio social. A partir dessas informações, foi possível perceber que um estudo mais aprofundado sobre as interações sociais era necessário a fim de compreender de que forma esse preconceito poderia ser combatido. Percebeu-se que, por meio do compartilhamento de conhecimentos pelas pessoas, principalmente na era digital, seria possível levar informações sobre a depressão para a sociedade com o objetivo de diminuir cada vez mais o estigma. A fim de obter conhecimentos sobre essas novas tecnologias digitais, como a internet e os *smartphones*, que estão cada vez mais presentes na vida das pessoas, pesquisou-se sobre fatores como experiência do usuário, *design* de interação e usabilidade para que fosse possível dar continuidade ao trabalho.

Para ser possível o desenvolvimento de uma ferramenta baseada em *design* e tecnologia, a metodologia de Jesse James Garrett (2011) foi considerada adequada

para a organização e desenvolvimento do projeto. As pesquisas quantitativa e qualitativa realizadas na fase de levantamento de dados permitiram perceber a visão das pessoas e de profissionais da saúde quanto a depressão e o estigma ligado à doença, os hábitos dos usuários em relação aos *smartphones* e aplicativos móveis e a opinião de psiquiatras e psicólogos sobre o desenvolvimento de um aplicativo voltado para a conscientização sobre depressão. Alguns resultados obtidos com estas pesquisas podem ser destacados como fatores relevantes para o desenvolvimento do projeto, como a porcentagem de 32,1% dos respondentes do questionário quantitativo já terem sido diagnosticados com depressão, 96,5% das pessoas afirmarem que, se pudessem adquirir mais conhecimentos sobre a doença, certamente iriam ajudar outras pessoas a compreendê-la melhor, e a maioria dos profissionais da saúde entrevistados acreditarem que qualquer esforço para a distribuição de informações sobre a depressão na sociedade é válido e importante para a diminuição do preconceito. Além disso, a análise de similares permitiu uma visão dos aplicativos já existentes no mercado e o desenvolvimento do fluxograma de cada similar possibilitou a percepção de suas funcionalidades relevantes e pontos fracos, análises que auxiliaram no desenvolvimento do diagrama de arquitetura e *wireframes* do projeto.

O levantamento de dados aliado à pesquisa teórica auxiliaram na criação da lista de requisitos que foi a principal norteadora da etapa criativa do trabalho, a qual iniciou com uma pesquisa qualitativa com três grupos de usuários para aprofundar o entendimento de suas expectativas e coletar dados para a construção do *moodboard* (painel de referências visuais), importante obtenção de informações e inspiração para o desenvolvimento visual do projeto, tanto na construção da marca quanto no *design* visual do aplicativo Farol e suas telas finais. Os levantamentos de dados e pesquisas mostraram que o aplicativo precisava estar de acordo com as necessidades dos usuários, com os requisitos definidos, ser simples, fácil de usar e fornecer informação de forma facilitada.

A fim de analisar a eficiência da aplicação do *design* para desenvolvimento de uma ferramenta para conscientização sobre depressão, foi criado um protótipo e realizados testes de usabilidade e de verificação dos requisitos para perceber se o aplicativo, mesmo que não desenvolvido com programação, atingiu seus objetivos, cujos resultados foram positivos. É importante frisar que os resultados não são

definitivos para o projeto, uma vez que seria importante os testes serem aplicados também no momento em que o aplicativo estivesse plenamente desenvolvido.

Conclui-se que o *design* como ferramenta interdisciplinar pode, e deve, voltar-se para questões que vão além do seu escopo, buscando novas conexões com outras áreas do conhecimento que podem beneficiar e ser beneficiadas pelo pensamento de *design*, assim como a área da Saúde. Isso possibilita que o *designer* amplie a sua visão de mundo e perceba que pode encontrar desafios nas mais diversas áreas e propor soluções que possibilitem mudanças significativas na sociedade. Nesse sentido, este trabalho serve como fundamento para outras possibilidades de estudos que se abrem com a conexão do *designer* com outras áreas do conhecimento.

Por fim, questionamentos que surgiram durante o desenvolvimento desta pesquisa podem servir como sugestões para novos projetos. Um estudo poderia ser realizado para analisar se outros meios de comunicação dentro da *web* poderiam ser efetivos na conscientização da depressão, como redes sociais ou *sites*. Para analisar a eficácia da entrega de informação sobre depressão para usuários da *web*, poderia ser realizada uma análise de quais conteúdos seriam mais efetivos e como se daria o engajamento nos compartilhamentos. Também poderia ser desenvolvida uma pesquisa mais próxima às pessoas com depressão, onde o *design* poderia auxiliar na busca direta por auxílio.

REFERÊNCIAS

ABRATA. **Depressão: Manual Informativo**. São Paulo: Planmark, 2011. Disponível em: <[http://www.abrata.org.br/new/arquivosfolder/OS 2017 - Manual Paciente Abrata 1 - 10-08-11.pdf](http://www.abrata.org.br/new/arquivosfolder/OS%2017%20-%20Manual%20Paciente%20Abrata%201%20-%2010-08-11.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2017.

ABREU, C. N. DE et al. **Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA. **Guia Essencial da Depressão**. São Paulo: Aquariana, 2002a.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA. **DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002b.

BARCLAY, N. **Poster Projects**. Disponível em: <<http://www.nickbarclaydesigns.com/posterprojects/>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

BBC. **Samuel Johnson (1709-1784)**. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/johnson_samuel.shtml>. Acesso em: 19 abr. 2017.

BONSIEPE, G. **Design como prática de projeto**. São Paulo: Blucher, 2012.

CARDOSO, R. **Design para um mundo complexo**. 1. ed. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

CESAR, J. et al. **Espaço Aberto: Questões comuns sobre Epidemiologia, Estatística e Informática**. São Paulo: Revista do IDPC, 2000. Disponível em: <<http://www.lee.dante.br/pesquisa/metodologia/revista-idpc-2000.pdf>>. Acesso em: 4 mai. 2017.

CORRELL, G. **Gemma Correll's tumblr of things and stuff**. Disponível em: <<http://gemmacorrell.tumblr.com/post/145225604193/gemmacorrell-gemmacorrell-gemmacorrell>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

COSTA, J. **Design para os olhos: marca, cor, identidade e sinalética**. Lisboa: Dinalivro, 2011.

CYBIS, W.; BETIOL, A. H.; FAUST, R. **Ergonomia e Usabilidade: Conhecimentos, Métodos e Aplicações**. 2. ed. São Paulo: Novatec, 2010.

FEDERIZZI, C. L. et al. O MOODBOARD COMO FERRAMENTA METAPROJETUAL: UM ESTUDO SOBRE O CASO SMART! **Anais do 11º Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em Design [= Blucher Design Proceedings, v. 1, n. 4]**, v. 4, n. 1, p. 1101–1112, 2017.

FONTOURA, A. M. **A interdisciplinaridade e o ensino do design**. Londrina: Projética, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/projetica/article/view/8855/9264>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

G1. **Depressão cresce no mundo, segundo OMS; Brasil tem maior prevalência da América Latina**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/depressao-cresce-no-mundo-segundo-oms-brasil-tem-maior-prevalencia-da-america-latina.ghtml>>. Acesso em: 4 mai. 2017.

GARRETT, J. J. **Os Elementos da Experiência do Usuário**. Disponível em: <http://www.jjg.net/elements/translations/elements_pt.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2017.

GARRETT, J. J. **The Elements of User Experience: User-Centered Design for the Web and Beyond**. 2. ed. Berkeley: New Riders, 2011.

GOOGLE FONTS. **Source Sans Pro**. Disponível em: <<https://fonts.google.com/specimen/Source+Sans+Pro>>. Acesso em: 31 out. 2017.

IHME. **Estudo de Carga de Doença Global: gerando evidências, informando políticas de saúde**. Seattle: Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport_PORTUGUESE.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2017.

ITU. **Measuring the Information Society Report**. Geneva: International Telecommunication Union, 2016. Disponível em: <<http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/publications/misr2016/MISR2016-w4.pdf>>. Acesso em: 6 mai. 2017.

JONATHAN, C. **Depression Comix: a comic about mental illness**. Disponível em: <<https://www.depressioncomix.com/>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

LÉVY, P. **A revolução contemporânea em matéria de comunicação**. Porto Alegre: Faneccos, 1998. Disponível em: <<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:A+Revolução+contemporânea+em+matéria+de+comunicação#0>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

MNOOKIN, S.; WBG; WHO. **Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority**. [s.l.] World Bank Group; World Health Organization, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/advocacy/wb_background_paper.pdf>. Acesso em: 6 mai. 2017.

MONTEIRO, M. **“Família e amigos têm papel importante no tratamento da depressão”, diz psiquiatra**. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2016/08/familia-e-amigos-tem-papel-importante-no-tratamento-da-depressao-diz-psiquiatra-7299238.html>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

MOZOTA, B. B. DE; KLÖPSCH, C.; COSTA, F. C. X. DA. **Gestão do design: usando o design para construir valor de marca e inovação corporativa**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

MUNARI, B. **Das coisas nascem coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

NORMAN, D. A. **Design emocional: porque adoramos (ou detestamos) os objetos do dia-a-dia**. Rio de Janeiro: Rocco, 2008.

PLATCHECK, E. R. **Design Industrial: metodologia de ecodesign para o desenvolvimento de produtos sustentáveis**. Porto Alegre: Atlas, 2012.

PORTAL BRASIL. **Pesquisa revela que mais de 100 milhões de brasileiros acessam a internet**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2016/09/pesquisa-revela-que-mais-de-100-milhoes-de-brasileiros-acessam-a-internet>>. Acesso em: 7 mai. 2017.

PRIBERAM. **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<https://www.priberam.com/dlpo/>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. DA. **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RNP. **Entrenós: a história por trás dos 20 anos da internet comercial no Brasil**. [s.l.] Rede Nacional de Pesquisa, 2015. Disponível em: <https://www.bahiana.edu.br/upload/15Jul2015_Bahiana_Midia_Vida_Boletim_Mensal_RNP1.pdf>. Acesso em: 8 mai. 2017.

ROGERS, Y.; SHARP, H.; PREECE, J. **Design de Interação: além da interação humano-computador**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.

SIBBET, D. **Reuniões visuais: como gráficos, lembretes autoadesivos, e mapeamento de ideias podem transformar a produtividade de um grupo**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2013.

SOLOMON, A. **O Demônio do Meio-Dia: Uma Anatomia da Depressão**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

STABLE. **Resource Toolkit**. [s.l.] Standards for Bipolar Excellence, 2007. Disponível em: <http://www.cqaimh.org/pdf/STABLE_toolkit.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2017.

UNICODE INC. **Unicode Emoji**. Disponível em: <<http://www.unicode.org/emoji/>>. Acesso em: 27 out. 2017.

VIEIRA, C. A. **Depressão: experiência de pessoas que a vivenciam na pós-modernidade**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.

WACOM. **Design do Bem: os sintomas da depressão traduzidos em cores e formatos**. Disponível em: <<http://www.portalwacom.com/design-do-bem-os-sintomas-da-depressao-traduzidos-em-cores-e-formatos/>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

WALSH, J. **Don't Beat Yourself Up**. Disponível em: <<http://12kindsofkindness.com/the-steps/dont-beat-yourself-up/jessie/>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

WEILLER, T. **Rainy Day**. Disponível em: <<https://thaisa.itch.io/rainy-day>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

WEILLER, T. **Rainy Day**. Disponível em: <<http://thaisweiller.com/work/2017/02/20/rainy-day/>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

WHEELER, A. **Design de identidade da marca**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

WHO. **Mental Health Action Plan 2013 - 2020**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 2 mai. 2017.

WHO. **Mental Health Atlas 2014**. [s.l.] World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en//>. Acesso em: 16 abr. 2017.

WHO. **International statistical classification of diseases and related health problems: instruction manual**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 1 jun. 2017.

WHO. **Depression**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>>. Acesso em: 16 abr. 2017a.

WHO. **Depression: let's talk campaign essentials**. [s.l.] World Health Organization, 2017b. Disponível em: <<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/toolkit.pdf?ua=1>>. Acesso em: 6 mai. 2017.

WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. [s.l.] World Health Organization, 2017c. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário aplicado na pesquisa quantitativa

Pesquisa sobre depressão e aplicativo

Olá! Esta pesquisa faz parte do meu Trabalho de Conclusão de Curso I do curso de Design da Univates. Você não precisará se identificar e não levará mais do que 5 minutos para responder as perguntas. Sua resposta ajudará muito no desenvolvimento do meu trabalho. Obrigada!

***Obrigatório**

1. Faixa etária: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 15 a 19 anos
☐ 20 a 29 anos
☐ 30 a 39 anos
☐ 40 a 49 anos
☐ 50 a 59 anos
☐ acima 60 anos

2. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Masculino
☐ Feminino

3. Escolaridade: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Ensino Fundamental
☐ Ensino Médio
☐ Ensino Superior
☐ Pós-graduação
☐ Mestrado
☐ Doutorado

Depressão**4. Você sabe o que é depressão? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

5. Por favor, descreva em poucas palavras a sua definição para depressão: *

6. Você já foi diagnosticado com depressão? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim Ir para a pergunta 7.
- ☐ Não Ir para a pergunta 11.

Depressão**7. Você faz tratamento para depressão? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. Você fala abertamente sobre a sua condição para outras pessoas? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

9. Qual o motivo de você falar (ou não) sobre a depressão com outras pessoas? *

10. Quais dessas frases você ouve com mais frequência de sua família, amigos e/ou companheiro(a) em relação à depressão: *

Marque todas que se aplicam.

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Isso já vai passar.
- ☐ Você precisa procurar ajuda.
- ☐ Você pode se esforçar mais.
- ☐ Você pode conversar comigo sobre isso.
- ☐ Eu vou com você procurar ajuda de um especialista.
- ☐ Isso é frescura, você está bem.

Depressão**11. Você acredita que as informações sobre depressão fáceis de entender e acessíveis à população são suficientes? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei opinar

12. Como você fica/já ficou sabendo mais informações sobre depressão? *

Marque todas que se aplicam.

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Jornal/notícias
- ☐ Televisão
- ☐ Redes Sociais (Facebook, Whatsapp, Instagram etc.)
- ☐ Conversando com outras pessoas
- ☐ Conversando com profissionais da área da Saúde
- ☐ Outro: _____

13. Você gostaria de adquirir conhecimentos sobre depressão de forma facilitada e poder compartilhar informações com outras pessoas? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

14. Se você pudesse estar mais informado sobre a depressão, ajudaria outras pessoas a compreendê-la melhor? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Aplicativo**15. Quanto tempo durante o dia você costuma usar seu smartphone? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Menos de 1h por dia
- ☐ Entre 1h e 3h por dia
- ☐ Entre 4h e 6h por dia
- ☐ Mais de 6h por dia
- ☐ Não tenho smartphone
- Após a última pergunta desta seção, interromper o preenchimento deste formulário.

16. Você acredita que o que você compartilha na internet influencia as pessoas ao seu redor? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Aplicativo

17. Quais aplicativos você mais utiliza no celular/smartphone? *

Marque todas que se aplicam.

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Facebook
- ☐ Whatsapp
- ☐ Instagram
- ☐ Twitter
- ☐ Aplicativo de notícias (jornais, revistas etc.)
- ☐ Aplicativos de banco
- ☐ Outro: _____

18. Quais fatores lhe influenciam a baixar ou não um aplicativo? *

Marque todas que se aplicam.

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Importância
- ☐ Utilidade
- ☐ Design
- ☐ Agilidade
- ☐ Facilidade de uso
- ☐ Tamanho (quanto ocupa de espaço no celular)
- ☐ Outro: _____

APÊNDICE B – Formulário aplicado na pesquisa qualitativa

Entrevista - Depressão

Olá! Esta entrevista faz parte do meu Trabalho de Conclusão de Curso I do curso de Design da Univates. Seu conhecimento e auxílio ajudarão muito no desenvolvimento do meu trabalho. Obrigada!

***Obrigatório**

1. **Idade:** *

2. **Sexo:** *

Marcar apenas uma oval.

☐ Feminino

☐ Masculino

3. **Qual a sua área de atuação?** *

Marcar apenas uma oval.

☐ Psicologia

☐ Psiquiatria

4. **Na sua visão, o que é depressão e quais suas consequências para a sociedade?** *

5. **Você acredita que ainda exista um grande estigma ligado à depressão? Se sim, porque isso acontece?** *

6. **Para o depressivo, qual a importância em buscar tratamento com um profissional da área da saúde mental?** *

7. A família ou pessoas próximas de uma pessoa com depressão também deveriam procurar auxílio profissional? Se sim, porquê? *

8. O que você acha da ideia do desenvolvimento de um aplicativo de celular que possa conscientizar as pessoas sobre depressão? *

9. Você teria alguma sugestão de funcionalidades que o aplicativo poderia oferecer para que as pessoas aderissem ao uso e pudessem ser conscientizadas sobre a depressão? *

Exemplo: conversa com profissional da saúde, sistema de pontuação para cada compartilhamento de informações etc.

APÊNDICE C – Apresentação aplicada para desenvolvimento do *moodboard*

DESIGN E TECNOLOGIA: CRIAÇÃO DE FERRAMENTA DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE DEPRESSÃO

Trabalho de Conclusão de Curso II
Aluna: Marina Pavan
Profª orientadora: Silvia Trein Heimfarth Dapper

DEPRESSÃO

DEPRESSÃO

Mais de **300 milhões** de pessoas sofrem de depressão no mundo. (WHO, 2017a)

50% das pessoas afetadas não busca auxílio. Um dos motivos é o estigma. (WHO, 2017a)

A depressão incapacita de ter uma vida normal e pode levar ao suicídio. (WHO, 2014)

Suicídio: causa a morte de mais de **800 mil** por ano e é a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. (WHO, 2017a)

No Brasil, cerca de **11,5 milhões** têm depressão (5,8% da população). (WHO, 2017)

DEPRESSÃO

Leva ao desenvolvimento de outras doenças, uso de álcool e drogas. (MINDOCEAN, 2015; WHO, 2017)

Estigma: isola, diminui oportunidades, vergonha de buscar ajuda. (MINDOCEAN, WHO, 2017)

Pessoas próximas têm mais chance de ajudar o depressivo a superar a doença e, para isso, precisam estar informadas. (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2010a)



PERGUNTA

Como conscientizar as pessoas sobre a depressão?

PERGUNTA

Que sensações você tem ao pensar sobre a depressão?

PERGUNTA

Quais cores e objetos você lembra quando pensa em depressão?

COMUNICAÇÃO DIGITAL APLICATIVO PARA SMARTPHONE



COMUNICAÇÃO DIGITAL

A comunicação *online* mudou a forma como as pessoas entram em contato.
(ROGERS, SHARP, PREECE, 2013)

O ciberespaço possibilita movimentos sociais, troca de conhecimento e redes de solidariedade. (LEVY, 1998)

No Brasil, **102 milhões** de pessoas usam internet (58% da população), e a maioria dos acessos ocorre por meio do **celular** (89%). (PORTAL BRASIL, 2016)

No mundo, as assinaturas de celular aumentaram de 738 milhões para **7 bilhões** entre os anos 2000 e 2015. (ITU, 2016)

Compartilhamento aumentou com ferramentas *web* projetadas para **fácil acesso**.
(ROGERS, SHARP, PREECE, 2013)



PERGUNTA

O que te influencia a estar ou não conectado(a)?

PERGUNTA

O que faz a diferença para você decidir baixar um aplicativo?

PERGUNTA

O que é importante para um aplicativo ser considerado bom?

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

APÊNDICE D - Formulário aplicativo na pesquisa qualitativa sobre superação da depressão

Pergunta para pessoas que já tiveram Depressão

Olá! Esta pesquisa faz parte do meu Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Design da Univates. Sua resposta para esta pergunta auxiliará muito no desenvolvimento do meu trabalho. Nenhum dado pessoal será necessário. Obrigada!

*Obrigatório

1. Quando você pensa no momento em que superou a depressão, quais palavras lhe vem a mente? *

APÊNDICE E - Teste de usabilidade do aplicativo Farol aplicado com possíveis usuários

Teste de usabilidade - Aplicativo Farol

Idade: _____

Sexo: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Formação: _____

1. Explicar o objetivo do aplicativo e informar que é um protótipo, algumas funcionalidades não estarão funcionando com plenitude.

2. Pedir para criar conta. Conseguiu?

- ☐ Sim, optou pelo Facebook.
- ☐ Sim, criou nova conta.
- ☐ Não, precisou de ajuda.

3. Explicar tela de cadastro e pedir para clicar em continuar.

4. Na linha do tempo, pedir para fazer uma publicação e depois voltar. Conseguiu?

- ☐ Sim, clicou no local certo e depois em voltar.
- ☐ Conseguiu ir para o local certo, mas não conseguiu voltar.
- ☐ Não, precisou de ajuda.

5. Pedir para denunciar uma publicação. Conseguiu?

- ☐ Sim, clicou no ícone de denúncia.
- ☐ Não, clicou em outro ícone.
- ☐ Não encontrou.

6. Pedir como faria para favoritar uma publicação. Conseguiu?

- ☐ Sim, clicou no ícone de estela para favoritar.
- ☐ Não, clicou no ícone de coração.
- ☐ Não encontrou.

7. Ainda na linha do tempo, pedir para ver os comentários da publicação de Farol. Conseguiu?

- ☐ Sim, clicou em cima da publicação.
- ☐ Sim, clicou no ícone de comentários.
- ☐ Não, precisou de ajuda.

8. Na publicação, pedir para compartilhar. Conseguiu?

- ☐ Sim, clicou no ícone de compartilhamento
- ☐ Não, precisou de ajuda.

9. Acessar as conversas. Conseguiu?

- ☐ Sim, clicou no ícone de conversas no rodapé.
- ☐ Não, precisou de ajuda.

10. Pedir que entre na conversa com Amanda Rosa e depois volte para conversas. Conseguiu?

- Sim, clicou na conversa certa e depois em voltar.
- Sim, clicou na conversa certa e depois no ícone “Conversas”.
- Não, tentou clicar em outra conversa.
- Não, precisou de ajuda.

11. Acessar a conversa com o psicólogo Diego Vaz. Conseguiu?

- Sim, acessou a aba “Profissionais” e clicou na conversa certa.
- Não encontrou a aba “Profissionais”, precisou de ajuda.

12. Pedir para ler o texto automático da conversa. Compreendeu?

- Sim, a conversa vai ser finalizada pelo psicólogo após encaminhamento.
- Não, pensou que a conversa ficaria em aberto e seria finalizada pelo usuário.
- Não compreendeu.

13. Pedir para voltar para as conversas com profissionais. Conseguiu?

- Sim, clicou em voltar.
- Sim, clicou no ícone “Conversas” e depois na aba “Profissionais”.
- Não, precisou de ajuda.

14. Pedir para acessar os “Favoritos”.

- Conseguiu.
- Preciso de ajuda.

15. Pedir para acessar as “Notificações”.

- Conseguiu.
- Preciso de ajuda.

16. Solicitar que acesse o menu.

- Encontrou.
- Preciso de ajuda.

17. Acessar o perfil. Conseguiu?

- Sim, clicou na foto.
- Sim, clicou em um dos outros itens. Qual?
- Não, precisou de ajuda.

18. Acessar o perfil da amiga Amanda Rosa.

- Achou.
- Preciso de ajuda.

19. Marcar nova consulta e depois voltar.

- Encontrou e conseguiu voltar.
- Encontrou e não conseguiu voltar.
- Preciso de ajuda.

20. Dizer quantas medalhas tem e mostrar quais.

- Encontrou.
- Precizou de ajuda.

21. Dizer quantos pontos tem.

- Encontrou abaixo do ícone sem precisar acessar o “Ranking”.
- Encontrou dentro do “Ranking”.
- Precizou de ajuda.

22. Fazer uma busca por “Laur”.

- Conseguiu encontrar a busca.
- Precizou de ajuda.

23. Dentro da busca, acessar o perfil da pessoa “Lauro Reis”.

- Conseguiu.
- Não conseguiu, precisou de ajuda.

24. Convidar uma nova pessoa para o aplicativo.

- Encontrou.
- Precizou de ajuda.

25. Procurar um telefone no aplicativo.

- Encontrou em “Guia útil”.
- Não encontrou.

26. Acessar as configurações.

- Conseguiu.
- Precizou de ajuda.

27. Sair do aplicativo.

- Conseguiu.
- Precizou de ajuda.

APÊNDICE F - Teste de validação dos requisitos do aplicativo Farol aplicado com possíveis usuários

Teste de validação dos requisitos - Aplicativo Farol

Idade: _____

Sexo: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Formação: _____

1. Para você, o aplicativo consegue cumprir o objetivo de promover o acesso à informação sobre depressão para ajudar as pessoas a compreender a doença e contribuir com a diminuição do preconceito e estigma?

2. Você acredita que o acesso à informação multimídia sobre depressão (textos, vídeos) é facilitado dentro do aplicativo?

3. Você se sente seguro(a) utilizando este aplicativo e tranquilo(a) em fornecer suas informações?

4. O sistema de notificações consegue lhe manter atualizado(a) de forma eficiente dentro do aplicativo?

5. Você acredita que o sistema de pontos e medalhas ajuda no engajamento com o aplicativo e incentiva o compartilhamento dos conteúdos?

6. Para você, o compartilhamento de conteúdos e envio de convites faria com que mais pessoas usassem o aplicativo?

7. Na sua opinião, a interação com outras pessoas dentro do aplicativo se dá de forma satisfatória e pode contribuir com a criação de uma rede de apoio e para o acesso à informação sobre depressão?

8. Você acredita que o encaminhamento de profissionais da saúde na conversa do aplicativo pode contribuir para mais pessoas procurarem auxílio para si mesmos, amigos ou familiares?
